



Aalborg Universitet

AALBORG UNIVERSITY  
DENMARK

## At være glad når man står op - og når man går hjem

*En evaluering af indsatsen for at styrke arbejdet med psykisk arbejdsmiljø i den daglige praksis på sygehuse.*

Nissen, Maria Appel

*Publication date:*  
2005

*Document Version*  
Tidlig version også kaldet pre-print

[Link to publication from Aalborg University](#)

*Citation for published version (APA):*

Nissen, M. A. (2005). *At være glad når man står op - og når man går hjem: En evaluering af indsatsen for at styrke arbejdet med psykisk arbejdsmiljø i den daglige praksis på sygehuse*. Institut for Sociale Forhold og Organisation, Aalborg Universitet.

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at [vbn@aub.aau.dk](mailto:vbn@aub.aau.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# **"At være glad når man står op – og når man går hjem"**

En evaluering af indsatsen for at styrke arbejdet  
med psykisk arbejdsmiljø i den daglige praksis på sygehuse

Udarbejdet for  
**Branchearbejdsmiljørådet  
Social & Sundhed**

af Maria Appel Nissen,  
Institut for Sociale Forhold og Organisation  
Aalborg Universitet

”At være glad  
når man står op –  
og når man går hjem”

En evaluering af indsatsen for at styrke  
arbejdet med psykisk arbejdsmiljø  
i den daglige praksis på sygehuse

August 2005

Udarbejdet for  
Branchearbejdsmiljørådet  
Social & Sundhed  
af Maria Appel Nissen  
Institut for Sociale Forhold og Organisation  
Aalborg Universitet

# Forord

Denne evaluering er iværksat af Branchearbejdsmiljørådet Social & Sundhed BARSoSu<sup>1</sup>.

BARSoSu ønskede en brugerundersøgelse for at få ”viden om, hvorvidt BARSoSus indsatser svarer til brugernes ønske og behov” (BARSoSu 2004). Dette skal ses i lyset af, at målgruppen for BARSoSus arbejde har forandret sig. Målgruppen i dag er ikke blot sikkerhedsorganisationen, men også MED-udvalg og tillidsrepræsentanter<sup>2</sup>. De problemstillinger, som BARSoSu ønskede belyst, var:

- Hvordan brugen af materialer kan optimeres i og med, at der inddrages nye målgrupper for BARSoSus indsatser
- Hvilke typer produkter, der er behov for, således at den enkelte aktør kan agere målrettet og aktivt i forhold til et specifikt emne. Fx hvordan sættes det på dagsordenen, hvordan engageres kollegerne?
- Ønsker og behov fra nye og gamle målgrupper (SiO og medlemmer af MED-udvalg) til BARSoSus indsatser i forhold til de arbejdsmiljøaktiviteter, der er i gang eller er planlagte på arbejdspladserne
- Brugernes opfattelse af BARSoSus produkter. Er produkterne gode nok, kan de bruges, hvorfor bruges de ikke? (BARSoSu 2004)

I første omgang ønskede BARSoSu at gennemføre en pilot-evaluering med fokus på indsatsen overfor det psykiske arbejdsmiljø. Denne rapport formidler resultaterne af pilot-evalueringen, der blev gennemført i foråret 2005. Disse resultater kunne ikke være frembragt uden hjælp fra de to sygehuse, der sagde ja til at deltage i evalueringen. Dem vil vi gerne rette en stor tak til.

Evalueringen er gennemført af forskningsassistent Maria Appel Nissen under forskningsledelse af Lektor Hanne Katrine Krogstrup tilknyttet Institut for Sociale Forhold og Organisation, Aalborg Universitet og forskningsmiljøet Evaluering & Organisation. Vi håber, at evalueringen kan danne udgangspunkt for en udvikling af BARSoSus indsats for at styrke arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø såvel som en udvikling af fremtidige evalueringsindsatser.

*Maria Appel Nissen, August 2005*

---

<sup>1</sup> BARSoSu skal overordnet set ”medvirke ved løsning af sikkerheds- og sundhedsspørgsmål inden for en eller flere brancher og skal understøtte arbejdsmiljøindsatsen på branche- og virksomhedsniveau” (LBK nr. 1064 af 22.december 1998, § 17). BARSoSu skal udarbejde information og branchevejledninger, kortlægge branchens særlige arbejdsmiljøproblemer og udarbejde branchedokumentation, stille forslag til Arbejdsmiljørådet om forskningsprojekter og udvikle/gennemføre oplysnings- og uddannelsesaktiviteter (LBK nr. 784 af 11/10/1999 § 14a, stk. 2). Den praktiske opgaveløsning sker i vidt omfang via Arbejdsmiljøsekretariatet.

<sup>2</sup> MED står for medindflydelse og medbestemmelse og MED-udvalg henviser til ”Rammeaftale om medbestemmelse og medindflydelse”, 11. december 2002 med virkning pr. 1. april 2002 som en opfølgning på rammeaftalen af 1996. Aftalen gør det muligt at slå Sikkerhedsorganisationen (SiO) og samarbejdsudvalget (SU) sammen, således at arbejdsmiljø kan blive drøftet i sammenhæng med ledelsesmæssige temaer. Det fratager dog ikke SiO for lovpligtige opgaver, og ordningen er frivillig.

# Præsentation af indhold

Evalueringsrapporten kan læses på tre forskellige måder.

Hvis man ønsker et overblik over evalueringens resultater, kan man læse *1. Hovedkonklusioner og anbefalinger*. Her præsenteres evalueringens formål, spørgsmål, et sammen drag af konklusioner på analyserne og anbefalinger (Jf. indholdsfortegnelse).

Hvis man ønsker viden om, hvordan evalueringen er gennemført, kan man læse *2. Evalueringens fokus* og *3. Evalueringsdesign*. Her præsenteres formålet med evalueringen, evalueringsspørgsmålene, evalueringsdesign, datagrundlag og evalueringsmetoden.

Endelig kan man, hvis man ønsker detaljeret viden om grundlaget for evalueringens resultater, læse *4. Præsentation af sygehuse og afdelinger*, *5. Medarbejderne*, *6. Sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne*, *7. lederne* og *8. MED-udvalg*. Her præsenteres analyser af disse aktørers oplevelser af, hvad der har betydning for psykisk arbejdsmiljø og deres oplevelser af barrierer og muligheder for at øge opmærksomheden, engagementet og prioriteringen af indsatsen for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø.

Man kan naturligvis også læse hele rapporten. I så fald vil der være visse gentagelser.

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Hovedkonklusioner og anbefalinger .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Evalueringens fokus .....</b>	<b>17</b>
2.1 Formål .....	17
2.2 Evalueringsspørgsmål .....	18
<b>3. Evalueringsdesign .....</b>	<b>23</b>
3.1 BIKVA-modellen .....	23
3.2 Det kvalitative gruppeinterview .....	27
<b>4. Præsentation af sygehuse og afdelinger .....</b>	<b>29</b>
4.1 Blåkilde Sygehus .....	29
4.2 Ravnkilde Sygehus .....	31
<b>5. Medarbejderne .....</b>	<b>35</b>
5.1 At være glad når man står op – og når man går hjem .....	35
5.2 Fleksibel planlægning .....	39
5.3 Den kontinuerlige forandring .....	44
5.4 Lederen – stabil forandringsagent .....	51
5.5 Den usynlige medarbejder .....	53
5.6 Aktører i arbejdsmiljøarbejdet .....	54
5.7 Indsatsen overfor medarbejdere .....	55
<b>6. Sikkerheds- og tillidsrepræsentanter .....</b>	<b>61</b>
6.1 Om temaer i psykisk arbejdsmiljø .....	61
6.2 Barrierer og muligheder for en indsats .....	63
6.3 Indsatsen overfor sikkerheds- og tillidsrepræsentanter .....	69
<b>7. Ledere .....</b>	<b>73</b>
7.1 Om temaer i psykisk arbejdsmiljø .....	73
7.2 Barrierer og muligheder for en indsats .....	76
7.3 Indsatsen overfor ledere .....	80
<b>8. MED-udvalg .....</b>	<b>85</b>
8.1 Om temaer i psykisk arbejdsmiljø .....	85
8.2 Barrierer og muligheder for en indsats .....	89
8.3 Indsatsen overfor MED-udvalg .....	93
<b>Appendiks 1: Interviewguide .....</b>	<b>97</b>
<b>Appendiks 2: Refleksioner over evalueringsmetoden .....</b>	<b>99</b>
<b>Referencer .....</b>	<b>101</b>



# 1. Hovedkonklusioner og anbefalinger

Denne evaluerings formål er at opnå viden om hvilke forhold, forskellige aktører oplever, har betydning for det psykiske arbejdsmiljø, og hvilke barrierer og muligheder, de oplever, der er i forhold til at optimere indsatsen for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø. Formålet med evalueringen er ikke at opstille præcise strategiske, praktiske og evalueringsmæssige mål for BARSoSus indsats, men at generere den viden, som er en forudsætning herfor.

Evalueringen stiller tre spørgsmål.

- 1) Hvilke forhold oplever medarbejderne har betydning for det psykiske arbejdsmiljø?
- 2) Hvilke barrierer og muligheder oplever medarbejdere, sikkerheds- og tillidsrepræsentanter, ledere og MED-udvalg, der er med hensyn til at øge opmærksomheden, engagementet og arbejdet med psykisk arbejdsmiljø på sygehuse i den daglige praksis?
- 3) Hvordan kan BARSoSu via produkter understøtte en proces, der kan bidrage til, at opmærksomheden omkring en forbedring af psykisk arbejdsmiljø øges, engagerer medarbejdere og prioriteres i den daglige praksis på sygehuse?

Evalueringen rummer 4 analyser lavet på baggrund af gruppeinterviews på to forskellige sygehuse og afdelinger: Børneafdelingen på Blåkilde Sygehus og Gynækologisk-Obstetrisk Enhed (GYN-OBS) på Ravnkilde Sygehus<sup>3</sup>.

I det følgende vil vi præsentere hovedkonklusionerne på de tre spørgsmål. Dette involverer anbefalinger for, hvad BARSoSu bør være opmærksom på, hvis man senere skal opstille mere præcise strategiske, praktiske og evalueringsmæssige mål. Hovedkonklusionerne er en sammenfatning af de konklusioner og anbefalinger, der er genereret på baggrund af de 4 analyser. Hvis man ønsker detaljerede konklusioner og anbefalinger, kan man konsultere de afsnit, der vedrører indsatsen overfor den enkelte målgruppe.

## 1.1 Hvilke forhold har betydning for det psykiske arbejdsmiljø? (1)

De forhold, medarbejderne oplever, har betydning for det psykiske arbejdsmiljø, er illustreret i modellen nedenfor.

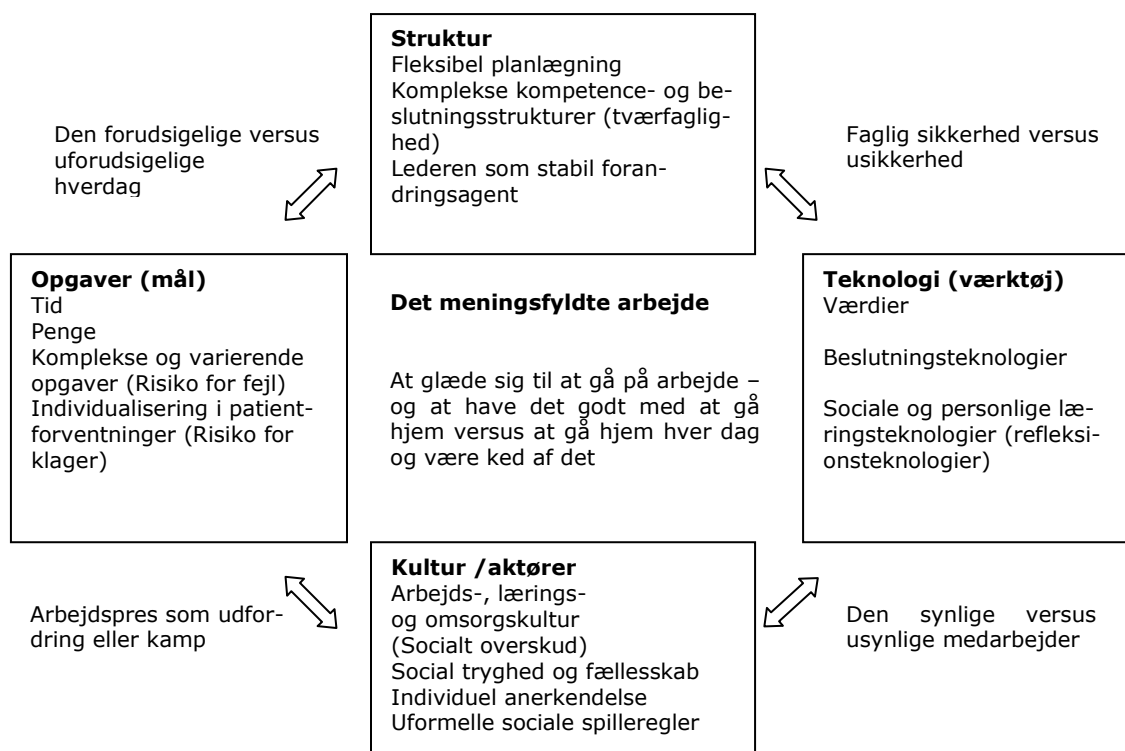
Inden vi forklarer modellen, skal det bemærkes, at de forhold, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø, også har betydning for de barrierer og muligheder, der er for en indsats for at øge opmærksomheden, engagementet og prioriteringen af indsatsen for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø. Modellen udtrykker netop nogle *organisatoriske* vilkår i arbejdet, der både har betydning for det psykiske arbejdsmiljø og for indsatsen overfor det. Sidstnævnte vil vi komme mere ind på under behandlingen af de øvrige to

---

<sup>3</sup> Sygehusene er anonymiserede, og navnene er således opdigtede.



evalueringsspørgsmål. Indtil da fokuserer vi på, hvilke forhold der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø, fordi det er en forudsætning for at forstå de barrierer og muligheder, der er for en indsats – herunder BARSoSus indsats for at understøtte en proces, der sigter på at overkomme mulige barrierer.



Modellen illustrerer, at for medarbejderne handler det gode psykiske arbejdsmiljø om at have et meningsfyldt arbejde, man ser frem til og kan forlade på en god måde. I praksis handler det om at udføre arbejdet på en tilfredsstillende måde i et positivt samspil med kolleger. De forhold, der har betydning for, om det meningsfyldte arbejde kan realiseres er følgende:

- **Opgaver:** Det er kendetegnende, at arbejdet har en mere kompleks karakter, når det kommer til opgaveløsningen. Der er mange forskellige og komplekse opgaver. Politiske, økonomiske og især individualiserede patientforventninger stiller krav til opgaveudførelsen. Håndteringen af opgaver i et krydspres mellem politiske-økonomiske forventninger til effektivitet og kvalitet (tid og penge), stor variation i patientforventninger (risiko for klager), og forventningen om ensartet og god behandling begrundet i sundhedsfaglige vurderinger (risiko for fejl) kan både opleves som en positiv udfordring og som en kamp. Når det opleves som en kamp, skyldes det, at det meningsfyldte arbejde opleves som svært at realisere. Arbejdsdagen opleves overvejende som uforudsigelig og præget af knaphed på tid.
- **Struktur:** For at kunne honorere forskellige krav til opgaveløsningen er der tendenser til, at der sker en polycentrisk organisering, som især kommer til syne ved at arbejdet planlægges fleksibelt. Den fleksible planlægning tillader kontinuerlig foran-

dring f.eks. i arbejdets tilrettelæggelse og gør det muligt at tage hensyn til patientflow og særlige patientforventninger. Den er også kendetegnet ved, at den i højere grad placerer beslutningskompetencen og ansvaret hos den enkelte medarbejder. Samlet set producerer den mere komplekse kompetence og beslutningsstrukturer, der sætter traditionelle faglige og ledelsesmæssige hierarkier og kompetencefordelinger under pres og stiller krav om nye former for ekspertise knyttet til den enkelte medarbejders personlige evner og kompetencer. Dette vedrører også arbejdsmiljøet, idet ansvaret for arbejdsmiljøet i højere grad ses som afhængigt af eller kræver den enkelte medarbejders indsats. Den fleksible planlægning kan give en oplevelse af øget indflydelse på arbejdet og personlig faglig udvikling, men kan også opleves som et forhold, der bidrager til belastende uforudsigelighed og faglig usikkerhed.

- **Teknologi:** Ændrede kompetence og beslutningsstrukturer fører til en efterspørgsel på teknologier, der er i stand til at styre arbejdsprocesser på en fleksibel måde. Der er en efterspørgsel på værdier, beslutningsteknologier, og sociale og personlige læringsteknologier, der ikke angiver "sande" løsninger, men holder diskussion og refleksion op som en konstant mulighed. Disse teknologier er kendetegnet ved, at de sigter på at skabe *refleksivitet* omkring egen adfærd og holdninger i forholdet til patienter og kolleger. Som værktøjer stiller de krav til medarbejdere om at kunne forandre sig fagligt i samspil med andre og at kunne begrunde deres faglighed. De skal kunne håndtere faglig usikkerhed på en kompetent måde. For nogle kan dette opleves som en mulighed for faglig udvikling. For andre kan det opleves som en belastende usikkerhed omkring egen faglighed og kvalifikationer og/eller som en belastende overvågning af adfærd og holdninger.
- **Kultur:** Hvorvidt ovenstående forhold har en negativ eller positiv betydning for det psykiske arbejdsmiljø afhænger af den kultur, der er i organisationen. Det er kendetegnende, at negative følger af ovenstående forhold søges håndteret via en omsorgsdiskurs og ved at dyrke en omsorgskultur. Der lægges vægt på gensidig opmærksomhed og anerkendelse af kolleger. Dette kan bidrage til at synliggøre den enkelte medarbejder som en *person*, der er andet end f.eks. en læge eller en sygeplejerske. Dvs. en person, der har følelser og grænser for, hvad vedkommende kan magte arbejdsmæssigt. Omsorgen kan bidrage til opretholdelse af motivation under arbejdspress og mod til at lære, når faglig usikkerhed opleves. Den kan bidrage til opbygning af et socialt overskud, der kan trækkes på, men fordrer også at medarbejderne kan markere sig som personer på en acceptabel måde. Kulturelt set fører det til et øget fokus på adfærd og væremåder, og det stiller krav til medarbejdernes sociale og personlige kompetencer. I praksis har det betydning for under hvilke betingelser, man kan regne med hjælp fra kolleger. For nogle kan omsorgsdiskursen opleves som et pres for at være på en særlig måde, kontrol eller som personligt konfronterende, og de kan have sværere ved at bede om eller at få hjælp og anerkendelse.

Evalueringen viser, at disse forhold ikke kun er noget, 'almindelige' medarbejdere lægger vægt på. Aktører med en særlig funktion i arbejdsmiljøarbejdet, kan også tilslutte sig denne oplevelse.

Evalueringen viser, at et godt psykisk arbejdsmiljø er, når ovenstående forhold bidrager til en arbejds-, lærings- og omsorgskultur, hvor den enkelte medarbejder oplever udfor-

dringer som meningsfulde, medindflydelse og medansvar, faglig læring og udvikling samt kollegial anerkendelse. Et dårligt psykisk arbejdsmiljø er, når de samme forhold bidrager til en arbejds-, lærings- og omsorgskultur, hvor den enkelte medarbejder oplever, at andres forventninger overstiger det, man kan magte, at man har ringe indflydelse og kontrol over egne arbejdsprocesser, at man fagligt knapt kan følge med og opnå en vis stabilitet i egne erfaringer, og at den kollegiale støtte erstattes af en individuel kamp for at tilegne sig ressourcer. *Det er således meget vigtigt at bemærke, at de selv samme forhold, der bidrager til et godt psykisk arbejdsmiljø, kan bidrage til et dårligt psykisk arbejdsmiljø.* Netop af den grund er det interessant, hvilken risikoopfattelse medarbejdere giver udtryk for, fordi de mere objektive forhold, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø, ikke entydigt kan fastlægges som positive eller negative. Her vurderer aktørerne, at køn, alder og faggruppe har en betydning for risikoopfattelsen.

I evalueringen er der tegn på, *at organisationer, hvor medarbejderne i højere grad giver udtryk for risici forbundet med ovenstående forhold, også befinder sig i farezonen for at udvikle dårligt psykisk arbejdsmiljø.* Dette udfordrer en eventuel antagelse om, at opmærksomhed på risici i arbejdet er sammenhængende med en øget sandsynlighed for, at der gøres noget. Evalueringen tyder på, at dette ikke altid er tilfældet. Den tyder på, at en øget opmærksomhed på risici kan optræde sammen med øgede barrierer for at kunne handle. Dette er f.eks. tilfældet på GYN-OBS på Ravnkilde Sygehus, hvor man både betoner de risici, der er forbundet med vilkår i arbejdet, og manglende handlemuligheder. Modsat forholder det sig på Børneafdelingen på Blåkilde Sygehus, hvor man i mindre grad betoner risici og i højere grad ser handlemuligheder. Evalueringen tyder på, at oplevelser af risici *kombineret med en oplevelse af manglende handlemuligheder* kan bidrage til at forstærke oplevelsen af stress, utilstrækkelighed og magtesløshed: *selve det at vide, at noget bør gøres samtidig med, at man oplever, at man har manglende eller ringe handlemuligheder, kan bidrage til et dårligt psykisk arbejdsmiljø.* I den sammenhæng vil et dårligt psykisk arbejdsmiljø ikke alene skyldes manglende viden eller refleksion over, hvordan psykisk arbejdsmiljø påvirkes af forhold i arbejdet. Tværtimod kan det opstå, fordi organisationen i høj grad reflekterer over hvilke forhold, der påvirker det psykiske arbejdsmiljø, men samtidig oplever begrænset mulighed for at handle hensigtsmæssigt eller tilstrækkeligt overfor disse forhold. En sådan organisation kan ende med at befinde sig i en ond cirkel, hvor f.eks. arbejdspress synliggør, at man bør gøre noget, men hvor selv samme arbejdspress forhindrer, at nogen gør noget. Denne onde cirkel kan beskrives som en proces kendetegnet ved oplevelse af handlingslamelse.

Oplevelsen af manglende handlemuligheder er den væsentligste barriere for at medarbejdere såvel som andre aktører bidrager til at øge opmærksomhed, engagement og prioritering af arbejdet med psykisk arbejdsmiljø i den daglige praksis. Det indikerer, at BARSoSus i særlig grad må fokuserer på at synliggøre handlemuligheder.

## **1.2. Hvilke barrierer og muligheder? (2)**

Evalueringen viser, at en væsentlig barriere for at øge opmærksomheden, engagementet og prioriteringen af arbejdet med psykisk arbejdsmiljø er *oplevelsen af manglende handlemuligheder*. Dette gælder både for medarbejderne og for de særlige aktører i arbejdsmiljøarbejdet. Evalueringen viser også, at oplevelsen af manglende handlemuligheder især optræder, når aktørerne oplever:

- En manglende afklaring omkring egen funktion og rolle i arbejdsmiljøarbejdet
- En manglende sikkerhed i forhold til at handle overfor mere uformelle kulturelle forhold, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø.

### **Funktion og rolle i arbejdsmiljøarbejdet (struktur)**

Evalueringen viser, at selvom den fleksible planlægning indebærer, at ansvaret for arbejdet såvel som arbejdsmiljøarbejdet i højere grad lægges ud til den enkelte medarbejder, så fører det ikke nødvendigvis til, at organisationen og dens medlemmer oplever, at de får flere handlemuligheder. Den polycentriske organisation, hvor opgaver og beslutninger uddelegeres til mange aktører, kan i sig selv bevirke, at det er svært at se, hvordan man som enkeltperson kan påvirke lokale praksisser og det psykiske arbejdsmiljø. I analyserne er der flere eksempler på, at enkeltmedarbejdere kan se forhold i den daglige praksis, der påvirker det psykiske arbejdsmiljø negativt, men hvor en forbedring af disse forhold ikke kan løses af den enkelte alene. Dette gælder f.eks. i forhold til de konflikter eller den stress, medarbejderne kan opleve i tværfaglige samarbejdssituationer. Og det gælder, når forskellige aktører i arbejdsmiljøarbejdet har svært ved at se, hvordan de kan gøre noget for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø. Her spiller det også en rolle, at enhederne i dag er store og komplekst organiserede. Det kan forekomme uoverskueligt, hvordan man skal agere. Hvad er ens opgave i forhold til andre aktører? Hvordan kan man vide, hvad man skal fokusere på? Hvordan kan man handle? Og hvordan kan man følge op på handlinger? Som en repræsentant siger: ”vi famler lidt i blinde”. Sådanne spørgsmål er kendetegnende for den barriere, som de aktører i arbejdsmiljøarbejdet kan opleve. Det tyder på, at udfordringen og mulighederne består i at opbygge rammer for indsatsen for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø på forskellige niveauer i organisationen. Der er behov for at klargøre aktørernes funktion og rolle og at synliggøre deres handlemuligheder.

### **Uformelle kulturelle forhold (kultur/aktører)**

For at forstå barriererne og mulighederne for at gøre en indsats for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø er det ikke nok at tænke i struktur og rammer i arbejdsmiljøarbejdet. Et lige så væsentligt forhold er den kultur, der er på arbejdspladsen.

Evalueringen viser, at det psykiske arbejdsmiljø kan opleves som ”uhåndgribeligt”, fordi det vedrører de uformelle kulturelle sider af arbejdslivet, og fordi det netop derfor forekommer svært at gøre noget ved gennem en bevidst indsats. Aktørerne taler på den ene side om, at kulturen er betydningsfuld. På den anden side taler de også om, at forandringer må komme fra kulturen selv f.eks. ”naturligt” eller ”nedefra”. Man mangler handlingsforslag, når man tematiserer de mere uformelle sider af arbejdslivet.

Evalueringen viser, at den fleksible planlægning og kravet om faglig forandring fremhæver en arbejds-, lærings- og omsorgskultur, der er afhængig af personer eller situationer. Netop derfor kan det psykiske arbejdsmiljøes kulturelle dimensioner være svære at forstå entydigt og håndgribeligt. Kulturen baserer sig på individualiserede forventninger til personlig adfærd og væremåder, og er f.eks. ikke noget, ledere alene skaber. Kulturen produceres af organisationens medarbejdere i de daglige arbejdsituationer, hvor forventninger til andre kommunikerer, indfries eller skuffes.

Evalueringen viser, at en arbejds-, lærings- og omsorgskultur ikke entydigt kan betegnes som positiv eller negativ, hvilket er en meget vigtig pointe. I en arbejdskultur, kan det f.eks. være positivt, at man stiller op til ”hvad som helst”. Det vidner om fællesskab og en vilje til at hjælpe. Omvendt kan en sådan arbejdskultur også bidrage til, at kolleger, som ikke gør det, bliver nogen, man ikke ”gider”. En given kultur sorterer dermed også, og det sker i den daglige interaktion. Her viser evalueringen, at nogle medarbejdere kan blive *usynlige* som personer, og at dette kan komme til udtryk på forskellige måder. Medarbejdere på flekstid kan få svært ved at opleve sig som fuldgyltige personalemedlemmer. Fagligt krævende arbejdsopgaver kan skubbes over på de samme personer gentagne gange. En person kan få en særlig etikette. Den usynlige medarbejder, som bukker under for arbejdspress eller mistrives i arbejdet, er således også til dels et spejlbillede af den arbejds-, lærings- og omsorgskultur, der er på arbejdspladsen. Evalueringen viser her, at der ofte er barrierer forbundet med at gøre noget for at hjælpe inden – dvs. før - en medarbejder når dertil, hvor vedkommende ikke magter arbejdet. Der er tale om en relativt kompleks barriere, der handler om, at man indgår i en arbejds-, lærings- og omsorgskultur, man forventer bidrager til at håndtere arbejdspress, stress m.m., men som i praksis også kan skabe arbejdspress og stress for nogen. Barrieren for at agere overfor en medarbejder, som man formoder ikke trives, består i usikkerheden på, hvilke konsekvenser det vil have. Hvad sker der, hvis man synliggør, at kulturen, som man dyrker og gerne vil være en del af, har negative sider? Hvilke personlige konsekvenser har det, når man med sin indgriben viser, at vedkommende falder ”udenfor”?

Evalueringen viser, at udfordringen og muligheden består i at opbygge en arbejds-, lærings- og omsorgskultur, hvor det er muligt kontinuerligt at diskutere, hvilket psykisk arbejdsmiljø man ønsker, og hvordan man bør handle, hvis det psykiske arbejdsmiljø er dårligt. En barriere for en sådan kultur er, hvis en organisation oplever, at der ikke er tid til at reflektere over arbejdskulturen og at dyrke en positiv lærings- og omsorgskultur. Her spiller det en rolle, at arbejdet faktisk er travlt, og at der f.eks. ikke altid er tid til at holde frokostpauser. Men evalueringen viser også, at oplevelsen af arbejdspress kan blive en kulturel ’undskyldning’ for ikke at dyrke en kultur, der styrker det psykiske arbejdsmiljø. *Det at have travlt, at tale om stress, de manglende handlemuligheder og den enkeltes magtesløshed eller dårlige samvittighed kan blive en del af arbejdskulturen.* Evalueringen tyder på, at jo mere en organisation er opmærksom på risici i arbejdet kombineret med en oplevelse af manglende handlemuligheder, des mere er der en risiko for, at dialog om arbejds-, lærings- og omsorgskultur overskygges af det, man kan kalde en stressdiskurs. Der synes at være en risiko for det på GYN-OBS på Ravnkilde Sygehus. Modsat er det på Børneafdelingen på Blåkilde Sygehus, hvor man taler mindre om stress, og hvor det nærmest er illegitimt at have for travlt til f.eks. at hilse.

Ovenstående indikerer, at BARSoSus indsatser ikke kun skal rette sig mod at oplyse om de risici, der er i arbejdet. BARSoSus indsatser må også synliggøre, hvordan forskellige aktører kan *handle* for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø og give konkrete forslag til, hvordan organisationer kan komme ud af onde cirkler, hvor man, som en medarbejder siger, ”spænder ben for sig selv” og den indsats, man faktisk ser, er nødvendig.

### **1.3. BARSoSus indsats (3)**

Med udgangspunkt i det foregående vil vi give anbefalinger i forhold til hvordan BAR-SoSu kan understøtte opmærksomheden, engagementet og prioriteringen af arbejdet

med at forbedre det psykiske arbejdsmiljø. Da evalueringen viser, at der er en relativt homogen opfattelse af hvilke forhold, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø, anbefales det:

- At BARSoSus indsatser tager udgangspunkt i de forhold, som medarbejdere og aktører i arbejdsmiljøarbejdet oplever, har en afgørende betydning for det meningsfyldte arbejde og det gode psykiske arbejdsmiljø (jf. ovenstående model). Dette gælder følgende forhold: 1) *Det fleksible arbejdsliv*, 2) *Det komplekse arbejde*, og 3) *Den sociale anerkendelse*.

Eftersom evalueringen viser, at det er i hht. arbejdspladsens kultur, at man kan finde de største barrierer, men også muligheder for at styrke arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø, anbefales det:

- At BARSoSus indsatser fokuserer på 1) *arbejdskulturen*, 2) *læringskulturen*, 3) *omsorgskulturen*. Det er de områder, der af alle aktører opleves som mest betydningsfulde for, om der sker mere formelle forbedringer. Samtidig er det områder, der kan være vanskelige at tematisere og problematisere socialt. Kommunikation om arbejdspladsens kultur kan være konfliktfyldt - ikke mindst i de tilfælde, hvor det bliver synligt, at den "rummelige kultur" også kan føre til dårligt psykisk arbejdsmiljø. For at få arbejds-, lærings- og omsorgskulturen på dagsordenen foreslår aktørerne selv, at der på arbejdspladsen sættes fokus på og iværksættes tiltag inden for følgende områder:
  - *Fordeling af arbejdsopgaver*. Formålet er at skabe social forpligtelse, så f.eks. hjælp ikke kun afhænger af personlige relationer eller interesser. Indsatser bør tage udgangspunkt i holdnings- og værdidiskussioner, bør føre til en forståelse for forskellige vilkår i og opfattelser af arbejdet og bør munde ud i aftaler om strukturering og fordeling af arbejdsopgaver. Målet er at opnå klarere forventninger til den enkeltes eller gruppens arbejdsindsats og hensyntagen til forskellige måder at arbejde på. Her foreslår aktørerne en særlig opmærksomhed på medarbejdere, der ikke kan yde den samme arbejdsindsats som før eller som flertallet f.eks. ældre medarbejdere (seniorordninger).
  - *Læringsmiljøet på arbejdspladsen*. Formålet er at skabe et læringsmiljø, hvor der er plads til individuelle forskelle, tvivl og usikkerhed. Indsatsen bør tage udgangspunkt i holdnings- og værdidiskussioner og bør munde ud i tiltag, der styrker læringsmiljøet i praksis. Her foreslår aktørerne fælles (tvær)faglige fora, individuel supervision samt læring på arbejdet. Nogle foreslår også en særlig opmærksomhed på yngre medarbejdere med det formål at skabe den tryghed, et godt læringsmiljø kræver (tutorordninger).
  - *Socialt overskud*. Formålet er at styrke det sociale og personlige overskud på arbejdspladsen. Indsatsen bør rette sig mod at styrke det personlige kendskab mellem kolleger og at øge rummeligheden. Aktørerne lægger selv vægt på, at det er vigtigt at have et socialt liv med kolleger uden for arbejdet og at have tid til at dyrke mere uformelle og spontane kontakter i dagligdagen. De lægger også vægt på, at der skabes en rosende og anerkendende kultur, hvor man "plejer" hinanden f.eks. i kollegial supervision.

Eftersom evalueringen viser, at de forhold, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø hhv. indsatsen for at forbedre det, er forankret i organisatoriske og kulturelle forhold, anbefales det, at BARSoSus indsatser sigter på at understøtte *organisationens praktiske arbejde* med psykisk arbejdsmiljø. Det anbefales:

- At BARSoSus indsatser fokuserer på at styrke forskellige aktørers muligheder for at løfte *forskellige funktioner* i arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø. Her bør man satse på at styrke:
  - *Medarbejdernes funktion som ambassadører*, der er tæt på og derfor kan være opmærksomme på det psykiske arbejdsmiljø i den daglige praksis.
  - *Sikkerhedsrepræsentanternes forebyggende funktion*. Deres rolle som katalysatorer for iværksættelsen af forebyggende aktiviteter, for forberedelse af strategier og prioritering af indsatsen, og som konsulenter for problemløsning blandt medarbejdere og medarbejdergrupper kan styrkes.
  - *Ledernes dialogskabende funktion*. Deres kompetence til at kunne indgå i dialog med forskellige aktører og at kunne opstille *forventninger* såvel som *rammer* for indsatsen kan styrkes.
  - *MED-udvalgenes funktion som tværgående strategisk medspiller for forskellige aktører*. Deres rolle som katalysator for prioritering af, iværksættelse og opfølgning af indsatser kan styrkes, hvilket forudsætter en styrkelse af deres rolle som strategisk medspiller for forskellige aktører.

Evalueringen viser, at organisationens evne til at forebygge et dårligt psykisk arbejdsmiljø afhænger af, om der skabes en kultur for refleksion over det gode psykiske arbejdsmiljø, hvilke indsatser man vil prioritere, og hvordan man ønsker at agere i specifikke situationer. Analyserne viser også, at en sådan kultur ikke bare opbygges på tegnebrættet, men må skabes gennem afprøvningen og opfølgningen af faktiske indsatser. Derfor anbefales det:

- At BARSoSu tilbyder produkter i form af *konkrete projekter forankret i den organisatoriske enhed*, som aktørerne indgår i. Disse projekter bør sigte på at forbedre det psykiske arbejdsmiljø og/eller samarbejdet om indsatsen for at forbedre det. Projekterne kan være bygget op omkring tværfaglige temadage – en form, som aktørerne selv vurderer, er god, hvis man ønsker at skabe dialog og sammenhæng i indsatsen. Antagelsen bag denne anbefaling er, at projekter og løsning af konkrete arbejdsopgaver igangsætter en proces, hvor aktørerne opnår *erfaringer* med hvilken funktion og hvilke opgaver, de kan varetage, hvilke arbejdsmetoder de finder bedst, og hvordan det psykiske arbejdsmiljø er og kan forbedres på deres arbejdsplads. Antagelsen er også, at projekter, der er bredt forankret i organisationen, bidrager til kontinuitet og sammenhæng i indsatsen, hvilket nogle aktører ser et behov for. Projekterne bør evalueres på en måde, så det giver grundlag for prioritering af indsatser.
- At BARSoSu tilbyder produkter, der kan fungere som fødselshjælpere for udviklingsprocesser i arbejdet med psykisk arbejdsmiljø. Det kan f.eks. være værktøjskasser, der fokuserer på de formelle og uformelle sider af arbejds-, lærings- og omsorgskulturen. Værktøjskasserne bør være tilpasset forskellige aktørers behov. Her anbefales det:

- At *Medarbejdernes* værktøjskasser fokuserer på de forhold medarbejderne oplever har betydning for det psykiske arbejdsmiljø i praksis. Det drejer sig f.eks. om arbejdsfordeling og hjælpekultur, faglige forventninger versus patientforventninger, læring på arbejdet og faglig feedback, kommunikation og anerkendelse, arbejdsliv og privatliv, det sociale liv på arbejdspladsen osv.
  - At *Sikkerheds- og tillidsrepræsentanternes* værktøjskasser fokuserer på repræsentanternes rolle som katalysatorer, formidlere og konsulenter i forhold til konkrete aktiviteter. Disse aktiviteter bør omhandle forhold, som medarbejderne oplever som relevante for det psykiske arbejdsmiljø, *eller* de bør målrettet sigte på at styrke sikkerheds- og tillidsrepræsentanternes funktion og rolle i indsatsen for det forbedre det psykiske arbejdsmiljø. Nogle repræsentanter efterspørger redskaber, der kan supplere APV, og som kan bidrage til at tage temperaturen på det psykiske arbejdsmiljø. De efterspørger også ressourcepersoner, der kan formidle viden og indgå i de processer, der sættes i gang. Det er blot nogle af de redskaber, som værktøjskasser kan rumme.
  - At *Ledernes* værktøjskasser fokuserer på ledelsesrollen i arbejdet med psykisk arbejdsmiljø. Lederne foreslår selv temaer, som f.eks. forholdet mellem regelstyring og selvledelse, grænsen mellem arbejdsliv og privatliv, hvordan egen ledelsesstil og ledelsesform virker ind på det psykiske arbejdsmiljø, og hvordan man som leder griber ind på en empatisk og konstruktiv måde, hvis der er konflikter, eller hvis man har en formodning om, at en medarbejder ikke trives. Værktøjskasserne bør give konkrete bud på, hvordan man som leder kan arbejde med at skabe en rummelig arbejds-, lærings- og omsorgskultur, og hvordan man som leder kan være katalysator for dialog og gode rammer for indsatsen. Værktøjskasserne bør rette sig mod ledelsesgrupper.
  - At *MED-udvalgs* værktøjskasser fokuserer på, hvordan man iværksætter og understøtter konkrete tiltag for at styrke et godt psykisk arbejdsmiljø og på udvalgenes evne til at prioritere, forberede, iværksætte, forankre og følge op på indsatser. Formålet er at styrke MED-udvalgenes evne til at fungere som strategisk medspiller i forhold til forskellige aktører. Derfor kan værktøjskasserne også fokusere på MED-udvalgenes funktion og rolle.
- At BARSoSu tilbyder produkter, der sigter på at styrke aktørernes viden om psykisk arbejdsmiljø. Produkterne bør fokusere på forhold, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø og på en formidling af metoder og redskaber. Her foreslår aktørerne, at der lægges vægt på en formidling af andres praktiske erfaringer med at arbejde med psykisk arbejdsmiljø. Da der findes mange kilder til information, er det vigtigt, at produktet har en sådan kvalitet, at det både imødekommer behovet for let informationssøgning og mere dybdegående viden og har en sådan form, at det kan indgå i det aktive arbejde med psykisk arbejdsmiljø. Der efterspørges generel viden om, hvordan man kan arbejde med psykisk arbejdsmiljø, og specifik viden om særlige temaer f.eks. feedback, kommunikation, hvordan man ser og agerer, hvis man har en formodning om, at en medarbejder mistrives.
  - At BARSoSu tilbyder produkter, der sigter på at styrke en arbejds-, lærings- og omsorgskultur, hvor man agerer i forhold til konflikter eller medarbejdere, man har en formodning om mistrives i arbejdet. Det betyder, at disse produkter skal sigte på 1)



at skabe opmærksomhed og diskussion omkring problematikken og 2) at give konkrete forslag til, hvordan man kan handle. Med hensyn til at skabe opmærksomhed foreslår medarbejderne selv holdnings-, værdi- og forventningsdiskussioner, undersøgelser eller viden om arbejdsmiljøet på den konkrete arbejdsplads, samt medarbejderudviklingssamtaler eventuelt i grupper. De efterspørger også redskaber til at se medarbejdere i farezonen og til konflikthåndtering, så problemer løses før de udvikler sig til dårligt psykisk arbejdsmiljø.

- At BARSoSu tilbyder produkter, der bidrager til dialog, sparring og netværk omkring arbejdet med psykisk arbejdsmiljø, og som tager udgangspunkt i formidling af positive erfaringer. Dette kan f.eks. være på konferencer, seminarer eller studieture. Sådanne produkter bør sigte på at opbygge konkrete samarbejder, der kan understøtte det udviklingsarbejde, som kan være svært at nå.

Med hensyn til *udformningen* af BARSoSus produkter viser evalueringen, at de forskellige aktører har mest behov for produkter, der relaterer sig til og sigter på at forandre den daglige praksis. Derfor anbefales det:

- At BARSoSus produkter altid rummer et *teoretisk* element, hvor modtageren får viden, et *refleksivt-praktisk element* der bidrager til refleksion over egen praksis, et *handlingselement*, der giver forslag til mulige handlinger og et *evalueringselement*, der angiver forslag til opfølgning. Det er de elementer, som aktørerne efterspørger.
- At BARSoSus produkter så vidt muligt er ”interaktive” ved, at de opfordrer til og forudsætter aktørernes aktive deltagelse. Indsatser, der tager udgangspunkt i egne eller andres erfaringer, ’virkelige’ hændelser, og angiver praktiske handlingsforslag eller øvelser i dagligdagen, anbefales. Det er desuden vigtigt, at de fokuserer på det arbejdsliv, aktørerne indgår i, da det er en motiverende faktor.
- At BARSoSus produkter udformes med en sensitivitet overfor varierende, komplekse og til tider ambivalente risikoopfattelser. Budskaber bør tage højde for den refleksivitet, aktørerne selv udfolder, når de taler om dilemmaer i arbejdet såvel som arbejdsmiljøarbejdet. På den anden side bør budskaber synliggøre de mere ’usynlige’ sider af arbejdsmiljøet, f.eks. hvordan organisationen og medarbejderne selv bidrager til den arbejds-, lærings- og omsorgskultur, der er på arbejdspladsen, og hvordan deres egne forventninger har betydning for de handlemuligheder, de ser.

## 2. Evalueringens fokus

I det følgende præsenteres *evalueringens fokus*. Først præsenteres *formålet* med evalueringen. Hvad er det for en viden, der ønskes opnået? Dernæst præsenteres begrundelsen for såvel som de konkrete evalueringsspørgsmål, der er opstillet med henblik på at muliggøre en systematisk evaluering, der kan bidrage til at generere den ønskede viden.

### 2.1 Formål

Som nævnt i forordet ønskede BARSoSu at ”få viden om, hvorvidt BARSoSus indsatser svarer til brugernes ønske og behov”, og om MED-organisationen stiller BARSoSu overfor nye udfordringer med hensyn til at understøtte samarbejdet mellem centrale aktører på arbejdsmiljøområdet på den konkrete arbejdsplads (BARSoSu 2004).

På de indledende møder mellem Styregruppen og AAU præsenterede Styregruppen en oplevet problemstilling: *Hvordan kan det være, at medarbejdere synes, at arbejdsmiljø er vigtigt, samtidig med at det i praksis nedprioriteres?* Styregruppen var interesseret i, hvordan arbejdsmiljøet kan gøres mere synligt i det daglige arbejde, og hvordan BARSoSu kan understøtte en sådan proces. Spørgsmålet om, hvordan interesse og engagement spredes, havde en særlig interesse. Her ønskede Styregruppen at vide mere om forudsætningerne for en dialog mellem aktører om arbejdsmiljø. Samlet set var der en interesse for en evaluering, der via et ”bottom-up-perspektiv” og via et fokus på aktørerne og kulturen i arbejdsmiljøarbejdet kan bidrage med viden om, hvordan arbejdsmiljø i højere grad kan blive en synlig og prioriteret del af det daglige arbejdsliv.

Tidligere evalueringer af BARSoSus indsats indikerer et behov for viden om disse problemstillinger. *Hovedrapport. Evaluering af fire indsatser* (2003) fremhæver f.eks.:

- At vellykkede kommunikationsindsatser forudsætter viden om ”målgruppens forudsætninger, forventninger” og ”hvilke kommunikationstiltag der gør modtagerne modtagelige for Branchearbejdsmiljørådenes budskaber” (Arbejdsmiljøsekretariatet 2003:30).
- At ”En fornyet indsats handler [...] ikke udelukkende om at producere nyt informationsmateriale, men om at identificere de barrierer der er, for at materialet bruges, samt at finde en måde at overkomme disse forhindringer” (Arbejdsmiljøsekretariatet 2003:36).
- At viden bør omsættes i ”operationelle strategiske mål og kritiske konkrete succesfaktorer, således at man opnår mere effektive dokumentations- og styringsredskaber for indsatsen og dens proces” (Arbejdsmiljøsekretariatet 2003:30-31,35).

Ovenstående indikerer et behov for viden om, hvilke *forventninger* og *forudsætninger* målgruppen har, og hvordan BARSoSus produkter kan matche disse. Det indikerer også et behov for viden, der kan omsættes til operationelle mål og succeskriterier for BARSoSus indsats, så en systematisk evaluering og forbedring af indsatsen bliver mulig.

Denne evaluering søger at imødekomme nogle af disse behov. Formålet er:

- At opnå viden om målgruppens oplevelser og forventninger til arbejdsmiljøet

- At opnå viden om, hvilke barrierer og muligheder målgruppen oplever, der er i forhold til at optimere indsatsen for at forbedre arbejdsmiljøet.
- At opnå viden, der kan anvendes til at opstille strategiske, praktiske og evalueringssmæssige mål for BARSoSus indsats

Formålet med evalueringen er *ikke* at opstille strategiske, praktiske og evalueringssmæssige mål for BARSoSus indsats. Dette forudsætter en selvstændig refleksions- og evalueringsproces, hvor den viden, der opnås via denne evaluering, omsættes. Formålet med denne evaluering er at generere den viden, der er en forudsætning for en sådan proces.

## 2.2 Evalueringsspørgsmål

En forudsætning for en systematisk evaluering er, at der foretages en afgrænsning til konkrete evalueringsspørgsmål, der kan undersøges. Evalueringsspørgsmål angiver, hvad der fokuseres og ikke fokuseres på. Det er derfor vigtigt, at de er begrundede. I dette afsnit vil vi først præsentere begrundelsen for evalueringens spørgsmål. Denne begrundelse tager afsæt i *Medarbejdernes oplevelse, Aktører i arbejdsmiljøarbejdet, Psykisk arbejdsmiljø på sygehuse*. Dernæst vil vi præsentere evalueringsspørgsmålene.

### 2.2.1 Medarbejdernes oplevelse

Evalueringen skal imødekomme BARSoSus behov for viden om, ”Hvilke typer produkter der er behov for, således at den enkelte aktør kan agere målrettet og aktivt i forhold til et specifikt emne”, og om hvordan arbejdsmiljø sættes på ”dagsordenen” og ”kolleger” engageres (BARSoSu 2004). Styregruppen gav desuden udtryk for en oplevet problemstilling: *Hvordan kan det være, at medarbejdere synes, at arbejdsmiljø er vigtigt, samtidig med at det i praksis nedprioriteres?* Samlet set peger det på, at ’almindelige’ medarbejdere kan være en primær målgruppe. Dvs. medarbejdere, der ikke i kraft af en særlig funktion forventes at have en særlig opmærksomhed på psykisk arbejdsmiljø, men som er centrale aktører i det arbejdsliv, der udfolder sig i den daglige praksis.

Nyere arbejdsmiljøforskning argumenterer for, at aktørernes oplevelser opprioriteres. F.eks. peger Limborg på, at hvis man ønsker at undersøge barrierer og muligheder for en lokal arbejdsmiljøindsats, må man undersøge *den lokale risikoopfattelse*. Han udpeger 5 forhold, der har betydning for, hvad der opfattes som et arbejdsmiljøproblem: et oplevelseselement, et teoretisk analytisk element, et værd-element, et handlingselement og et konfliktelement. Han vurderer, at det traditionelle sikkerhedsarbejde overvejende har været præget af en teknisk forebyggelsestilgang baseret på værd-elementet (juridiske forhold) og det teoretisk-analytiske element (viden om sundhedsskadelige påvirkninger) frem for en organisatorisk forebyggelsestilgang. Han vurderer også, at oplevelseselementet baseret på erfaringer med negative påvirkninger fra arbejdsudførelsen og konfliktelementet baseret på forventninger om fordeling af ansvar og konsekvenser i forhold til arbejdsbelastninger har en meget stor betydning for den lokale opfattelse af risici vedrørende arbejdsmiljø. Han påpeger desuden, at oplevelseselementet sjældent er argument for handlingselementet, dvs. løsninger (Limborg 2003:18).

Ovenstående peger på, at det kan være frugtbart at fokusere på *medarbejdernes oplevelser* af arbejdsmiljø og deres forventninger til en indsats.

### 2.2.2. Aktører i arbejdsmiljøarbejdet

Evalueringen skal imødekomme BARSoSus behov for viden om ønsker og behov hos "gamle" og "nye" målgrupper. Med dette menes dels sikkerhedsorganisationen, dels de nyere MED-udvalg og tillidsrepræsentanter (BARSoSu 2004).

MED-udvalgene har grund i "Rammeaftale om medbestemmelse og medindflydelse" indgået den 11. december 2002 med virkning pr. 1. april 2002. Rammeaftalens formål er at forbedre og udvikle samarbejdet mellem ledelse og medarbejdere i amter og kommuner ved at sikre medarbejderne ret til medindflydelse og medbestemmelse (§ 2 stk. 1, stk. 2). MED-udvalget kan betragtes som det nyeste initiativ i en generel decentralisering af arbejdsmiljøreguleringen og -arbejdet, hvor arbejdsmiljø anses som en lokal udfordring (Hasle, Petersen & Wiegman 2003).

I 2003 havde størstedelen af amterne og en stor del af kommunerne indgået lokalaftale. Der er desuden etableret en MED-uddannelse, hvis formål bl.a. er at kvalificere ledelses- og medarbejderrepræsentanter til at indgå i et samarbejde om at løse arbejdsmiljøopgaver i et helhedsperspektiv (MED-håndbogen 2003:83). Set fra det perspektiv *kan* MED-udvalget være en central aktør med hensyn til at yde en *kvalificeret* indsats for at forbedre arbejdsmiljøet.

Af *Hovedrapport MED-Evaluering* på det kommunale område konkluderes det bl.a., at MED-aftalen har bidraget til at arbejdsmiljøets status er blevet løftet, primært fordi arbejdsmiljø er blevet koblet til personalepolitik. Samarbejdet modsvarer dog ikke altid forventningerne. Der nævnes to hovedproblemer: at ledelsen blokerer for medbestemmelse, og at medarbejderne er for opsplittede og mangler kapacitet og viden til at agere som modspil til ledelsen (Hovedrapport MED-evaluering 2004:11-13, 95). Dette tyder på, at MED-udvalgene ikke i alle tilfælde kan yde en kvalificeret indsats for at forbedre arbejdsmiljøet, og at deres rolle og funktion afhænger af samspillet med andre aktører.

I denne evaluering ses MED-udvalg som en aktør i arbejdsmiljøarbejdet på linie med ledelsen, sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne. Som hos medarbejderne forekommer det frugtbart at fokusere på disse aktørers oplevelse af medarbejderne og deres oplevelse af muligheden for at gøre en indsats for at forbedre arbejdsmiljøet.

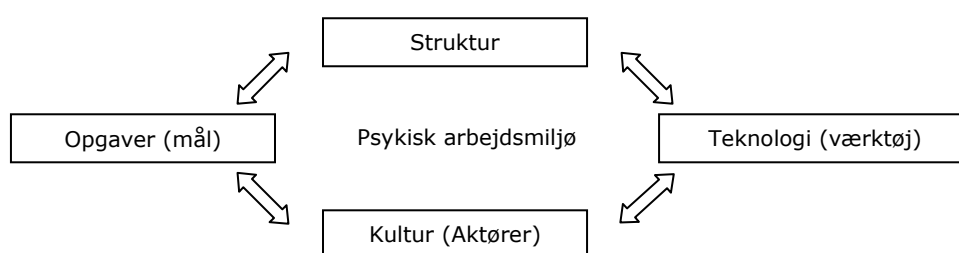
### 2.2.3 Psykisk arbejdsmiljø på sygehuse

BARSoSus hovedprioriteter drejer sig om psykisk arbejdsmiljø, ergonomi og ulykker, og i flere år har man gjort en indsats for at sætte psykisk arbejdsmiljø på dagsordenen. En del af indsatserne har fokuseret på det psykiske arbejdsmiljø på sygehuse<sup>4</sup>. Man kan derfor antage, at der her er en opmærksomhed på psykisk arbejdsmiljø, hvilket ikke behøver at være tilfældet. I sommeren 2005 bortfaldt amternes pligt til at være i BST. Det stiller potentielt større krav til BARSoSus evne til at understøtte arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø. Evalueringen fokuserer derfor på psykisk arbejdsmiljø på sygehuse.

---

<sup>4</sup> Her kan nævnes Pligtens pris (1999), Branchevejledning: Forflytningsguide for sygehuse – med særligt fokus på organisering af arbejdet og psykisk arbejdsmiljø i forbindelse med forflytning (2001)(2003), Arbejdstid og Arbejdsmiljø (2003). Vold og trusler på sygehuse. Forebyggelse – hvordan? (2003), Vejledning i at lave projekter i social- og sundhedssektoren (2002), Den mobbefri zone og "styrkespillet" (2004), "Jeg bærer med smil..." (2004) Forumteater om arbejdsmiljø på sygehuse, "Sygehusets bedste medarbejder" (2004), Om forflytninger og forflytningsindsats, Branchevejledning (2004) "Et sundt arbejdsliv"

Psykisk arbejdsmiljø er vanskeligt at definere entydigt. Arbejdsmiljøinstituttet i Danmark definerer psykisk arbejdsmiljø som ”faktorer, som har relation til arbejdets organisering eller de interpersonelle relationer på arbejdspladsen, og som har betydning for de ansattes psykiske velbefindende og helbred” (Paludan-Müller 2004:123). Det, at psykisk arbejdsmiljø er afhængigt af et komplekst samspil mellem individ og omgivelser, har bevirket, at nogle anvender betegnelsen psykosocialt arbejdsmiljø (Lennéer-Axelsson & Thylefors 1993, Paludan-Müller 2004:124). Denne evaluering anvender begrebet psykisk arbejdsmiljø, men ser psykisk arbejdsmiljø som et fænomen, der har en social karakter og er relateret til vilkår i arbejdet (Limborg 2003:10). Denne tilgang kan illustreres ved modellen nedenfor.



Figur 1. Det psykiske arbejdsmiljøes organisatoriske og sociale forankring

Modellen er baseret på Leavitts systemmodel. Den antager, at organisationer er komplekse dynamiske systemer og afgrænser de elementer, der har betydning for organisatoriske forandringsprocesser (Bakka & Fivelsdal 2000:274). En vigtig pointe er, at modellen ud over en definition af vilkår i arbejdet, der tænkes at have betydning for f.eks. psykisk arbejdsmiljø, inddrager et forandringsperspektiv og inddrager spørgsmålet om de teknologier, der er til rådighed i en sådan sammenhæng. Fordi modellen også inddrager kulturelle aspekter, er det også muligt at skelne mellem det organiserede og det mere uformelle arbejdsmiljø (Paludan-Müller 2004:124). Modellen kan forklares således:

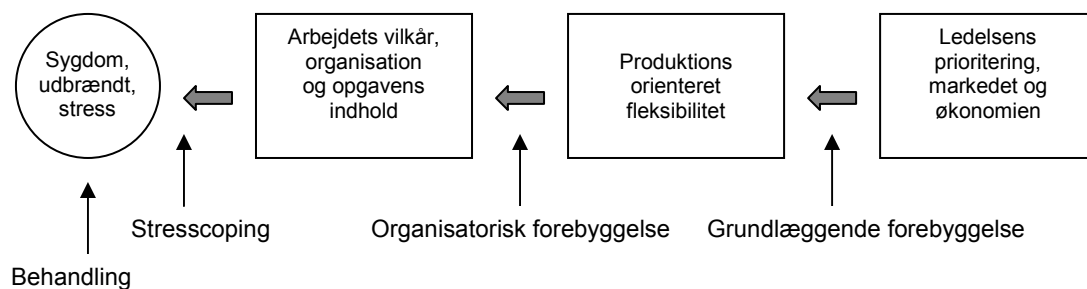
*Opgaver (mål)* betegner organisationens mål, hovedfunktioner og centrale arbejdsopgaver. En organisation kan have en mere eller mindre kompleks opgavestruktur, der er afhængig af forholdet til omverdenen (f.eks. politiske beslutninger, økonomi, brugernes forventninger). I et arbejdsmiljøperspektiv relaterer det sig f.eks. til kontrol og styring i arbejdet herunder arbejdstid, arbejdets ensidighed/variation, lønforhold, produktionskrav, samarbejde, konsekvenser af fejlhandlinger, relationer til brugere.

*Struktur* betegner organisationens indre struktur og organisering af arbejdet (f.eks. hierarki, arbejdsdeling, regler og rutiner). I et arbejdsmiljøperspektiv relaterer det sig f.eks. til muligheder for indflydelse, information, status, samarbejdsrelationer, frihed i jobbet, faglig støtte. Organiseringen af arbejdsmiljøarbejdet er et element heri.

*Teknologi* betegner organisationens 'værktøjer'. I et arbejdsmiljøperspektiv relaterer det sig f.eks. til viden, kvalifikationer, fysiske rammer, redskaber, programmer/procedurer.

*Kultur/aktører* betegner organisationens holdninger og motivation. I et arbejdsmiljøperspektiv relaterer det sig f.eks. til oplevelse af arbejdets meningsfuldhed, trivsel og 'klima', social støtte og samarbejdsadfærd.

Modellen er et udtryk for en organisations-sociologisk tilgang til psykisk arbejdsmiljø og det, Limborg betegner som en organisatorisk forebyggelsestankegang, hvor forebyggelse af arbejdsmiljøproblemer afgrænses fra behandling af symptomer på individniveau og fra grundlæggende forebyggelse. Det betyder ikke, at det er umuligt at inddrage aspekter af grundlæggende forebyggelse eller symptomer på individniveau. Men det betyder, at fokus er på, hvordan *organisationen* forebygger dårligt psykisk arbejdsmiljø.



Figur 2. Den organisatoriske forebyggelses tankegang (Limborg 2003:15)

## 2.2.4 Evalueringsspørgsmål

Ovenstående afgrænsninger kan sammenfattes i de følgende evalueringsspørgsmål:

- 1) Hvilke forhold oplever medarbejderne har betydning for det psykiske arbejdsmiljø?
- 2) Hvilke barrierer og muligheder oplever medarbejdere, sikkerheds- og tillidsrepræsentanter, ledere og MED-udvalg, der er med hensyn til at øge opmærksomheden, engagementet og arbejdet med psykisk arbejdsmiljø på sygehuse i den daglige praksis?
- 3) Hvordan kan BARSoSu via produkter understøtte en proces, der kan bidrage til, at opmærksomheden omkring en forbedring af psykisk arbejdsmiljø øges, engagerer medarbejdere og prioriteres i den daglige praksis på sygehuse?

*Oplever* skal forstås som aktørers oplevelse af hvilke forhold, der har betydning for psykisk arbejdsmiljø. Det vedrører den lokale risikoopfattelse.

*Barrierer og muligheder* skal forstås i hht. til figur 1 dvs. i relation til opgaver og mål, struktur, kultur (aktører) og teknologier (værktøjer).

*Øge opmærksomheden, engagementet og arbejdet* skal forstås på den måde, at en forudsætning for en forandring af praksis, er 1) at der er en opmærksomhed på psykisk arbejdsmiljø, 2) at der opstår et engagement, f.eks. motivation og vilje til at forandre praksis, og 3) at der iværksættes handlinger med det mål at forandre praksis.

*Psykisk arbejdsmiljø og den daglige praksis* skal forstås i hht. figur 1 på den måde, at såvel det arbejdsliv, der formes i den daglige praksis, som det psykiske arbejdsmiljø opstår og konstitueres i et samspil mellem opgaver og mål, struktur, kultur og teknologi.



## 3. Evalueringsdesign

I det følgende præsenteres evalueringens design, der er tilrettelagt i hht. *BIKVA-modellen*. Vi vil også præsentere kriterier for *valg af sygehuse og valg af deltagere i gruppeinterviews, datagrundlaget, det kvalitative gruppeinterview* samt den *praktiske gennemførelse* af evalueringen.

### 3.1 BIKVA-modellen

Evalueringen er overordnet kendetegnet ved en responsiv tilgang. Via responsivitet overfor forskellige aktører søger evalueringen at opnå *viden* om og *forståelse* for hvilke perspektiver, interesser og behov, aktørerne har (Krogstrup 2003:93-97).

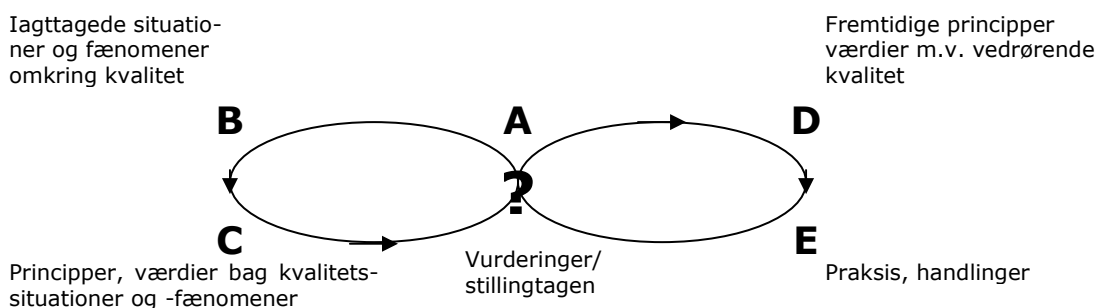
Evalueringens design er tilrettelagt ud fra principperne i BIKVA-modellen:

”BIKVA-modellen er kvalitativt orienteret: Den er således i stand til at gå i dybden og bidrage til varierede, detaljerede og helhedsprægede analyser, der kan skabe en forståelse af, hvordan deltagerne i evalueringen forstår og fortolker de sammenhænge, de indgår i. Den kvalitative metode er i stand til at åbne for nye ideer og perspektiver på en indsats og dermed også for udvikling af kategorier og kriterier til evaluering af en given indsats” (Krogstrup 2003:27)

Det primære formål med evalueringen er at skabe et grundlag for en udvikling af BAR-SoSus indsats. Formålet med evalueringen er ikke at styrke arbejdet med psykisk arbejdsmiljø på den konkrete arbejdsplads, selv om det kan være en ’sidegevinst’.

Princippet i BIKVA-modellen er, at man anvender (potentielle) brugere, der i dette tilfælde er medarbejdere og aktører i arbejdsmiljøarbejdet, som ”triggers for learning”. Forventningen er, at brugere besidder en viden, der, såfremt den anvendes systematisk, kan synliggøre problemfelter og bidrage til at udvikle en indsats (Krogstrup 1997:140).

BIKVA-modellen opererer med fire trin (Krogstrup 2003:11-13). I det følgende præsenteres disse trin, som de er gennemført i denne evaluering. Der inddrages desuden følgende model, der illustrerer faser i en kvalitetsledelsesproces. Modellen betegner en systematik, der kan synliggøre problemfelter og bidrage til udviklingen af en indsats.



Figur 4: Faser i en kvalitetsledelsesproces (Krogstrup 1997:141)



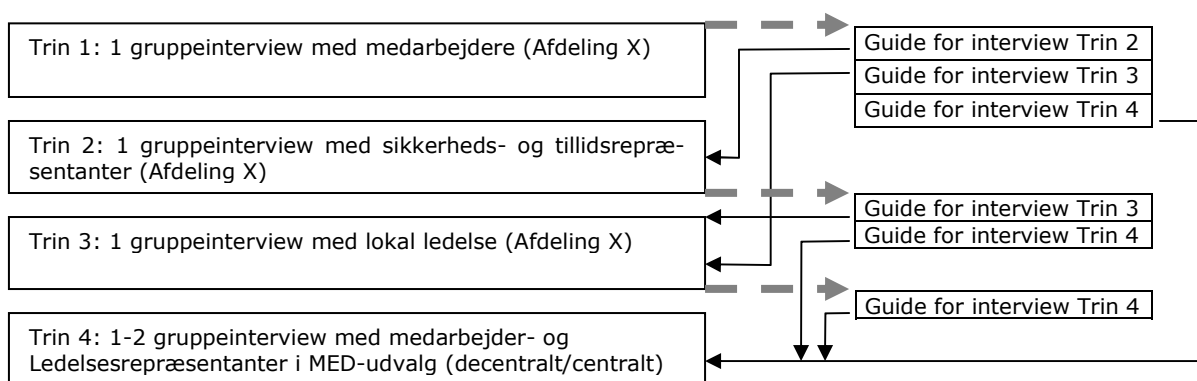
**Trin 1:** Evalueringen indledes med et åbent gruppeinterview med *medarbejdere* fra forskellige faggrupper på en sygehusafdeling. Deltagerne anmodes om at tilkendegive hvilke forhold, de oplever, har betydning for psykisk arbejdsmiljø, deres oplevelse af barrierer og muligheder i forhold til at styrke opmærksomheden, engagementet og arbejdet med psykisk arbejdsmiljø i praksis, samt deres vurdering af, hvad der skal til for at styrke en sådan proces. Resultatet af disse gruppeinterviews vil være en række oplevelser og subjektive vurderinger af disse temaer (A, B og C i Figur 4).

**Trin 2:** Medarbejdernes udsagn anvendes til at udforme en tematisk interviewguide til et gruppeinterview med den pågældende afdelings *sikkerheds- og tillidsrepræsentanter*. Gruppeinterviewet indledes med en åben samtale om, hvilke erfaringer deltagerne har med at arbejde med psykisk arbejdsmiljø i kraft af deres rolle. Dernæst præsenteres temaer genereret på baggrund af medarbejdernes udsagn. Deltagerne anmodes om at reflektere herover. På dette niveau inddrages vurdering og stillingtagen til indsatsen overfor psykisk arbejdsmiljø set ud fra principper vedrørende kvalitet samt barrierer og muligheder for i praksis at gøre en indsats. Dvs. at deltagerne nu anmodes om at reflektere over og komme med forslag til en udvikling af indsatsen (D og E i figur 4).

**Trin 3:** Medarbejdernes, sikkerheds- og tillidsrepræsentanternes udsagn anvendes til at udforme en tematisk interviewguide til et gruppeinterview med afdelingens *ledelse*. Gruppeinterviewet gennemføres som på Trin 2.

**Trin 4:** Medarbejdernes, sikkerheds- og tillidsrepræsentanternes og ledelsens udsagn anvendes til at udforme en interviewguide til et eller to gruppeinterview(s) med ledelses- og medarbejderrepræsentanter i *MED-udvalg*. Gruppeinterviewet gennemføres som på Trin 2.

Følgende model illustrerer den evalueringsproces, der er gennemført:



Modellen skal ses som en ramme, hvor den trinvis evaluering er fast. Rammen er imidlertid også fleksibel, da der på det enkelte sygehus er mulighed for tilpasning til den organisatoriske kontekst. En tilpasning kan f.eks. være et ekstra gruppeinterview blandt medarbejdere efterfulgt af en sammenlægning af interviews på trin 4.

Modellen lægger op til en evaluering, der sigter på at få et så nuanceret og dybdegående erfaringsmateriale som muligt. Formålet er at skabe mulighed for *analytisk generalise-*

*ring*, dvs. at kunne sige noget generelt om barrierer og muligheder i arbejdet med psykisk arbejdsmiljø.

### 3.1.1 Valg af sygehuse og afdelinger

I løbet af januar-februar 2005 blev der truffet aftale med to sygehuse om at deltage i evalueringen. Datagrundlaget baserer sig på gruppeinterviews gennemført på disse to sygehuse herunder to specifikke afdelinger. De to sygehuse er anonymiserede og hedder i denne evaluering hhv. Blåkilde og Ravnkilde sygehus.

To sygehuse og afdelinger kan forekomme som et begrænset udvalg set i forhold til det samlede antal sygehuse i Danmark. Her er det vigtigt at bemærke, at evalueringstilgangen, modellen og designet ikke lægger op til statistisk generalisering, men analytisk generalisering. Evalueringen tilstræber derfor kvalitativ repræsentativitet, hvor udvalget af sygehuse er styret af, at de tilbyder størst mulig variation set ud fra en række kvalitative kriterier begrundet i evalueringsspørgsmålene. Konkret betyder det, at de to sygehuse er udvalgt ud fra princippet om *strategisk udvælgelse* og ud fra en bærende antagelse om, at de to sygehuse og afdelinger repræsenterer forskellige *typer* organisatoriske rammer for arbejdsmiljø og arbejdsmiljøarbejde. Antagelsen er, at de til en vis grad er *ekstreme cases* kendetegnet ved, at de på en række områder er forskellige i den grad, at de kan betegnes som hinandens modpoler. Set i forhold til det samlede antal af sygehuse i Danmark kan man antage, at de to cases på den måde kan bidrage til at illustrere en række forhold, som i mere eller mindre grad er kendetegnende for alle andre sygehuse.

**Strukturen i arbejdsmiljøarbejdet:** Blåkilde Sygehus er kendetegnet ved det, vi senere vil betegne som en kombineret MED-struktur, hvor Ravnkilde Sygehus er kendetegnet ved en funktionsopdelt MED-struktur. Blåkilde Sygehus har haft en MED-struktur de sidste 5 år, og har dermed en vis erfaring hermed, hvorimod Ravnkilde kun har haft en MED-struktur i 2 år.

**Teknologi i arbejdet med (psykisk) arbejdsmiljø:** Blåkilde Sygehus er kendetegnet ved, at man fra den centrale sygehusledelses side har søgt at udvikle arbejdsmiljøindsatsen i et konkret arbejdsmiljøledelsessystem og som et led i en arbejdsmiljøcertificering. I dette er indbefattet indsatser vedrørende psykisk arbejdsmiljø. Ravnkilde Sygehus er kendetegnet ved, at amtet har søgt at udvikle arbejdsmiljøindsatsen via en række personalepolitiske fokusområder. Man har ikke et arbejdsmiljøledelsessystem, der er forankret i det enkelte sygehus.

**Opgaver:** På de to sygehuse er der valgt forskellige afdelinger som grundlag for gruppeinterviews på trin 1-3. Afdelingerne er kendetegnet ved, at de varetager en basisfunktion, men har en særlig status i sygehusvæsenet i det pågældende amt. Derudover varetager de forskellige opgaver. På Blåkilde Sygehus er Børneafdelingen udvalgt. På Ravnkilde Sygehus er Gynækologisk-obstetrisk enhed udvalgt. En børneafdeling er kendetegnet ved at have en relativ entydig patientgruppe bestående af behandlings- og plejekrævende børn. En Gynækologisk-obstetrisk enhed er kendetegnet ved en mere forskelligartet patientgruppe bestående af både behandlings- og plejekrævende kvinder og af kvinder, der ikke er syge, men som borgere er brugere i forbindelse med graviditet

og fødsler. På trods af forskelle kan der være et vist overlap i opgavestrukturen, da begge afdelinger i et eller andet omfang beskæftiger sig med børns somatiske tilstand<sup>5</sup>.

### 3.1.2 Valg af deltagere i gruppeinterviews

Valget af deltagere i gruppeinterviewene er sket ud fra en overvejelse om hvem, der tænkes at have forudsætninger for at udtrykke synspunkter i forhold til evaluerings-spørgsmålet (Rieper 1993:12). I denne evaluering er der fokus på forskellige aktørers oplevelse og erfaringer med arbejdet med psykisk arbejdsmiljø. Overordnet er der sket en udvælgelse af deltagere langs tre dimensioner.

Den ene dimension er *hierarkiet i organisationen*. Dvs. at deltagerne repræsenterer ledelse på forskellige niveauer hhv. medarbejdere. Den anden dimension er den formelle *struktur eller organisering af arbejdsmiljøarbejdet*. Dvs. at deltagerne repræsenterer væsentlige aktører i arbejdsmiljøarbejdet, nemlig sikkerheds- og tillidsrepræsentanter og deltagere i MED-udvalg. Den tredje dimension er *den enkelte afdelings organisering af opgaver*. Dvs. at deltagerne repræsenterer forskellige afsnit eller teams i den enkelte afdeling. Disse dimensioner bidrager til en variation i erfaringer med psykisk arbejdsmiljø og til, at temaet belyses fra de relevante perspektiver (jf. Olsen 2002:83, 85).

I gruppeinterviewet på trin 1 (medarbejdere) er ikke inkluderet ledere, sikkerheds- og tillidsrepræsentanter eller deltagere i MED-udvalg. Medarbejdergrupperne er desuden kendetegnet ved, at de rummer forskellige faggrupper og afsnit/teams i den pågældende afdeling. Dvs. at grupperne er tværfaglige, hvilket afspejler, at opgaverne ofte varetages tværfagligt. For at fremme en dialog, hvor forskellige perspektiver kan konfronteres konstruktivt, søgte vi en lige repræsentation af faggrupper. På begge sygehuse blev lægegruppen underrepræsenteret. For at kompensere for dette, har vi været særligt opmærksomme på denne faggruppes perspektiver på de andre trin i evalueringen.

Praktiske forhold spiller ofte ind i gennemførelsen af en evaluering. Det kan f.eks. være svært at få samlet de personer, der skal deltage i interviewet (Rieper 1993:12). I denne evaluering har det haft en betydning, at interviewene er foregået i arbejdstiden. I nogle tilfælde har det betydet, at *færre* eller *andre* personer har deltaget end forventet. Et eksempel på dette var et interview, hvor halvdelen ikke mødte op, og hvor nye deltagere blev fundet inden for 10 minutter. Datakvaliteten er derfor løbende blevet vurderet.

### 3.1.3 Datagrundlag

Datagrundlagt for de to sygehuse varierer en smule, hvilket skyldes forskellige organisatoriske forhold og praktiske omstændigheder, som primært drejer sig om begrænsninger med hensyn til at finde personer, der havde tid til at deltage. På Blåkilde Sygehus er der gennemført 2 gruppeinterviews på trin 1 mod 1 gruppeinterview på Ravnkilde Sygehus. På trin 2 på Blåkilde Sygehus deltager kun sikkerhedsrepræsentanter. Tillidsrepræsentanter var p.t. ikke valgt/kunne ikke deltage. På trin 3 deltager kun 2 ledere. Resten kunne ikke deltage. På anbefaling fra afdelingsledelsen samt sikkerhedsleder blev

---

<sup>5</sup> I udgangspunktet var det hensigten at inddrage i alt 3 sygehuse, hvor det sidste sygehus skulle have landsdelsfunktion inden for kirurgi. At dette ikke skete skyldtes, at ingen af de relevante sygehuse ønskede at deltage. Den primære begrundelse herfor var travlhed og/eller tidspunktet for deltagelse (jf. Appendiks 2)

der ikke gennemført interviews med det lokale MED-udvalg pga. personoverlap. Det endelige datagrundlag fremgår af følgende skemaer:

<b>Blåkilde Sygehus</b>			
<b>Trin</b>	<b>Antal gruppeinterviews</b>	<b>Deltagere og funktion</b>	<b>Øvrige funktioner</b>
1	2	2 social og Sundhedsassistenter 5 sygeplejersker 2 pædagoger	
2	1	1 overlæge 1 sygeplejerske	Sikkerhedsrep. Lokalt MED-udvalg
3	1	1 oversygeplejerske 1 afdelingssygeplejerske	Lokalt MED-udvalg og Centralt Med-udvalg
4	1	1 formand 1 næstformand	Centralt MED-udvalg
<b>I alt</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	

<b>Ravnskilde Sygehus</b>			
<b>Trin</b>	<b>Antal gruppeinterviews</b>	<b>Funktion</b>	<b>Øvrige funktioner</b>
1	1	2 jordmødre 2 sygeplejersker 2 sekretærer 1 overlæge	
2	1	2 sekretærer (S/T) 1 jordmoder (S) 2 sygeplejersker (S/L)	Sikkerheds- og tillidsrep., 2 ledere, 3 medarbejdere, MED-udvalg
3	1	1 jordmoder 1 sekretær 1 overlæge 1 sygeplejerske	MED-udvalg
4	1	1 yngre læge 1 sekretær 1 overlæge (formand) 1 sygeplejerske 1 jordmoder	Medarbejdere, tillidsrepræsentanter, ledere herunder funktionsledelse
<b>I alt</b>	<b>4</b>	<b>22</b>	

## 3.2 Det kvalitative gruppeinterview

I denne evaluering er der fokus på aktørers oplevelser og erfaringer med psykisk arbejdsmiljø og de barrierer og muligheder, der er forbundet med at skabe opmærksomhed, engagement og at prioritere psykisk arbejdsmiljø i det daglige arbejde. Evalueringen interesserer sig således for de erfaringer, der dannes i den *socialle praksis* til fordel for enkeltpersoners erfaringer. Dette er den primære begrundelse for at vælge gruppeinterviewet som metode.

Gruppeinterviewet gør det muligt at spørge til deltagernes oplevelser og erfaringer i en interpersonel og social kontekst. Gruppeinterviewets sociale karakter gør det muligt at oparbejde et datamateriale, der rækker ud over personlige oplevelser og holdninger, og som har fokus på den sociale praksis – ganske enkelt fordi gruppeinterviewet er en social situation, hvor temaer diskuteres, og perspektiver fremlægges mellem deltagerne. I gruppeinterviewet kan man få et glimt af den sociale praksis, der spørges ind til. På baggrund af analysen af det datamateriale, der oparbejdes, kan der potentielt udledes mere generelle sociale mønstre, dilemmaer og problemstillinger, relateret til et givet tema (Krogstrup 1997:111-115, Kvale 1997:282) Eftersom fokus i denne evaluering er, hvilke barrierer og muligheder medarbejderne oplever i *den daglige praksis*, er dette frugtbart.

Psykisk arbejdsmiljø kan være et mere eller mindre fremtrædende tema i deltagernes hverdag, og organisationer kan have forskellige erfaringer med at arbejde med psykisk arbejdsmiljø. Psykisk arbejdsmiljø kan være forbundet med konflikter, modstridende interesser og tabuer. Hvis det er tilfældet, kan det begrænse dialogen i gruppeinterviewet. Nogle mener derfor, at gruppeinterviewet egner sig bedst til emner, der har en "offentlig" karakter (Rieper 1993:10). Omvendt kan man sige, at gruppeinterviewet sætter en grænse for, hvor dybt man kan spørge ind til enkeltpersoners oplevelser, da hensigten er dialog mellem flere deltagere. Gruppeinterviewet tilbyder dermed en distance og giver deltagerne indflydelse på, hvad der tematiseres.

### **3.2.2 Praktisk gennemførelse**

Når man gennemfører en evaluering, er det vigtigt, at undersøgelsen er legitimeret (Rieper 1993:14). På Blåkilde Sygehus forløb kontakten via sikkerhedslederen over sygehusdirektøren til oversygeplejersken på Børneafdelingen, der sammen med evaluator aftalte tider for interviews. På Ravnkilde Sygehus forløb kontakten via funktionsledelsen på GYN-OBS over MED-udvalget til en sikkerhedsrepræsentant fra ledersiden, der sammen med evaluator aftalte tider for interviews. På begge sygehuse mødtes evaluator med 1-2 nøglepersoner (og i et tilfælde MED-udvalget) før gennemførelsen af evalueringen. På disse møder blev evalueringens formål præsenteret, der blev ført samtaler om organisationen, og den første planlægning skete. I den forbindelse fik nøglepersonerne et informationsbrev til deltagere i gruppeinterviewet om interviewets formål, praktiske konsekvenser, samt en præsentation af evaluator (Rieper 1993:24).

Gruppeinterviewene fandt sted på sygehusene i uforstyrrede lokaler (Rieper 1993:14, Olsen 2002:88). Hvert interview varede ca. 2 timer, blev optaget på minidisc og blev skrevet ud umiddelbart efter. Til hvert interview blev der udformet en åben tematisk spørgeramme med problemstillinger og aspekter af disse, som deltagerne blev opfordret til at diskutere. Gruppeinterviewene forløb som en dialog, hvor deltagerne havde mulighed for forholdsvis frit at associere og introducere nye perspektiver på et givet tema (Krogstrup 1997:129-30) (Jf. Appendiks 1).

## 4. Præsentation af sygehuse og afdelinger

I det følgende vil vi præsentere de sygehuse og afdelinger, der har deltaget i evalueringen. Formålet er at beskrive centrale aspekter af det enkelte sygehus og den enkelte afdelings opgaver, struktur og teknologi<sup>6</sup>.

### 4.1 Blåkilde Sygehus

Blåkilde Sygehus er det største og mest specialiserede sygehus i amtet, der i øvrigt har 4 andre sygehuse. Sygehuset er lokalsygehus for et område med ca. 80.000 indbyggere og er organiseret i 23 afdelinger, der hver ledes af hhv. en sygeplejerske og en overlæge.

#### 4.1.1 Børneafdelingen

Børneafdelingen på Blåkilde sygehus har amtsfunktion på det pædiatriske område og beskæftiger sig med neonatologi, allergologi, epilepsi og diabetes mellitus. Afdelingen har konsulentfunktion overfor amtets handicapinstitutioner samt uddannelsesfunktioner. Børneafdelingen ledes af en oversygeplejerske og en ledende overlæge.

Børneafdelingen var i 2003 normeret til 31 heldøgnsenge og 10 femdøgnsenge fordelt på tre sengeafsnit. Normeringen var i 2003 i alt 111,18 fuldtidsstillinger fordelt på 17,91 på læger, 82,18 på plejepersonale, og 11,09 på sekretærer. Afdelingen har i dag ingen selvstændig sekretærfunktion, men deler 3 sekretærer med en anden enhed.

Børneafdelingen består af et *ambulatorium*, der har særlige åbningstider på andre sygehuse og megen udadrettet aktivitet. Afdelingen har også et *afsnit med akut modtagelse og visitation* herunder et *0-3-dages sengeafsnit*. På dette afsnit er der ansat 43 plejepersonaler, overlæger, pædagoger og hospitalsklovn. Afdelingens andet sengeafsnit er et *5-døgn-afsnit* med 10 sengepladser. Her er 11 plejepersonaler ansat. Endelig har afdelingen et *neonatalafsnit* med plads til 16 børn. På dette afsnit er ansat 40 plejepersonaler.

Der forskes i diabetes, pædiatrisk endokrinologi (hormonsygdomme), neonatologi og allergologi – sidstnævnte med fokus på behandling og ernæringsmæssig forebyggelse.

#### 4.1.2 Arbejdsmiljøet i organisationen

I 2000 tog Blåkilde Amt initiativ til akkreditering af amtets sundhedsvæsen. Overordnet blev der etableret et samarbejde med den britiske akkrediteringsorganisation Health Quality Service om udvikling af standarder og gennemførelse af akkrediteringsforløbet. På Blåkilde Sygehus blev der etableret en lokal akkrediteringsorganisation og udpeget lokale koordinatore. Som et led i akkrediteringsprojektet blev der uddannet interne sur-

---

<sup>6</sup> Beskrivelserne af Blåkilde Sygehus er baseret på følgende kilder: www.sundhed.dk 2004, Informant interview med leder af børneafdelingen, Informant interview med miljø- og arbejdsmiljøkonsulent, Pjecer udgivet af Blåkilde Sygehus og Blåkilde Amt, "Lokal aftale vedrørende medindflydelse og medbestemmelse for Blåkilde Amt" udgivet af Blåkilde Amt, Arbejdsmiljøhåndbogen, Blåkilde Sygehus, samt dokumenter vedrørende arbejdsmiljøarbejdet og arbejdet med psykisk arbejdsmiljø udgivet af Blåkilde sygehus. Beskrivelserne af Ravnkilde Sygehus er baseret på www.sundhed.dk, www.Ravnkildeamt.dk, Informant interview med funktionsenhedsleder, Forretningsorden for Gynækologisk-Obstetrisk Afdelings MED-udvalg, Ravnkilde amt, Håndbog om Gynækologisk-Obstetrisk afdeling samt udvalgte referater af udvalgsmøder i perioden november 2000-marts 2005.

veyers og udviklet systemer til e-learning og dokumenthåndtering af sygehusets politikker, strategier og procedurer m.v., der samtidig blev revideret efter ens standarder.

I 2004 blev sygehuset arbejdsmiljøcertificeret efter Arbejdsministeriets bekendtgørelse 923 af 21. oktober 2001 og den internationale standard OHSAS 18001:1999. Sygehuset var det første sygehus, der indførte standarden i sygehussektoren i Europa. Certificeringen blev integreret i akkrediteringsprojektet og hensigten var, at det skulle markere et skift fra enkeltsagsbehandling til en forebyggende indsats på arbejdsmiljøområdet byggede på følgende principper: 1) Den enkelte medarbejder er sin egen sikkerhedsrepræsentant, 2) Sikkerhedsgruppen er tovholder for arbejdsmiljøindsatsen på afdelingen, løser selv de opgaver, den er i stand til, og kan træffe økonomiske dispositioner, 3) Arbejdsmiljøindsatsen bygger på risikostyring og ”tæt-på-hændelser”-analyser, 4) Dokumentation skal være let læselig og tilgængelig og begrænse administration.

Med certificeringen etableredes et Arbejdsmiljøledelsessystem. Sygehusets arbejdsmiljødokumenter, der følger dette system, består af en politik, en procedure og en arbejdsmiljøhåndbog, 5 handlingsplaner, 5 skemaer til internt brug og sikkerhedsgruppernes logbog. Arbejdsmiljøhåndbogen betegnes som det praktiske værktøj, der beskriver arbejdsmiljøindsatsen. Der udarbejdes årligt en arbejdsmiljøredegørelse.

I 2004 fik Blåkilde Sygehus en udmærkelse og et diplom for en ekstraordinær indsats på miljø- og arbejdsmiljøområdet. Samme år gennemførte sygehuset et organisationsudviklingsprojekt. På baggrund af sygehusets værdier formuleredes en vision og en mission, og der blev afholdt kurser for alle ledere vedr. personaleudvikling, teambuilding etc.

I 2003 iværksatte Blåkilde Sygehus et projekt vedrørende psykisk arbejdsmiljø. Formålet var at sætte fokus på det psykiske arbejdsmiljø og at iværksætte en forebyggende indsats. Fokus var i særlig grad på MED-udvalgenes betydning for et godt psykisk arbejdsmiljø, sikkerhedsorganisationens forebyggende indsats samt lederopgaven. I 2004 gennemførtes kurser for det centrale MED-udvalg (herefter CMU), det lokale MED-udvalg (herefter LMU) og sikkerhedsorganisationen. Kurserne blev fulgt op på den enkelte afdeling. LMU’er udarbejdede forslag til retningslinier for beslutninger, der tilgodeser psykisk arbejdsmiljø. Sikkerhedsgrupperne udarbejdede forslag til retningslinier for god praksis på afdelingen. Derefter udarbejdede Arbejdsmiljøudvalget retningslinier for CMU’s og sikkerhedsgruppernes indsats og udviklede en indsats overfor ledere. På det tidspunkt, hvor evalueringen blev påbegyndt, var der netop gennemført en trivselsundersøgelse blandt medarbejderne. I 2005 er der planlagt en indsats overfor ledere, der skal resultere i et idekatalog med fokus på ledere og personales psykiske arbejdsmiljø. Hensigten er også at tilbyde afdelingsbaseret konsulentbistand ved BST.

På *Børneafdelingen* har man i de seneste 2 år haft en psykolog ansat. Psykologens funktion er primært rettet mod børnene og forældrene, men anvendes også af personalet individuelt på personalets eget initiativ på områder som debriefing og konflikthåndtering.

## **4.1.3 MED-organisationen**

I Blåkilde Amt har MED-organisationen siden 1999 bestået af et *hoved-MED-udvalg* (HMU), der har ansvar for implementering og vedligeholdelse af amtets arbejdsmiljø-

strategi og et *sektor-MED-udvalg* (SMU), der har ansvar for, at arbejdsmiljøstrategien opfyldes. SMU skal udarbejde tids- og handleplaner for implementering af arbejdsmiljøstrategien og en årlig status til det enkelte sygehus og HMU.

På Blåkilde sygehus består MED-organisationen af et *centralt MED-udvalg* (CMU), der afholder 4 ordinære møder årligt. CMU behandler og godkender indsatsområder i arbejdsmiljøet og deltager i implementeringen af sikkerhedsorganisationens opgaver. Desuden er der *lokale MED-udvalg* (LMU).

Blåkilde Sygehus har 24 sikkerhedsgrupper, der informerer om aktiviteter til CMU via LMU. Faglig bistand kan fås ved sygehusets miljø- og arbejdsmiljøkonsulent, der også kan bringer sager i Arbejdsmiljøudvalget. Sikkerhedsorganisationen afholder 2 møder årligt om arbejdsmiljøindsatsen samt 2 årlige udviklingsdage, hvor sygehuset handlingsplaner og nye indsatsområder behandles. Arbejdsmiljøudvalget afholder 4 ordinære møder årligt forud for CMU-møder. I Arbejdsmiljøudvalget er der 2 arbejdsledere og 2 sikkerhedsrepræsentanter.

## 4.2 Ravnkilde Sygehus

Ravnkilde Sygehus er en del af Ravnkilde Amts sygehusvæsen, der i øvrigt har 4 sygehuse. Amtet har 350.000 indbyggere. Sygehuset er organiseret i 22 afdelinger.

I 2003 blev sundhedsvæsenet i Ravnkilde Amt sammenlagt til et antal funktionsenheder. Kun få funktionsenheder blev ikke fordelt på flere sygehuse, og disse er alle på Ravnkilde Sygehus. I forbindelse med sammenlægningen ændredes ledelsesstrukturen, og de fleste funktionsenheder fik en ny funktionsledelse.

### 4.2.1 Gynækologisk-obstetrisk Enhed

Gynækologisk-obstetrisk Enhed (Herefter GYN-OBS) i Ravnkilde Amt er alene fysisk placeret på Ravnkilde Sygehus. Enheden varetager normale og patologiske fødsler, foretager aborter, fertilitetsbehandling og råder over specialerne urogynækologi, gynækologisk onkologi og almen gynækologi. Enheden har tilsyn med et antal sengepladser på neonatalafsnittet og varetager funktioner på amtets øvrige sygehuse f.eks. kirurgi og jordmoderkonsultationer. Endelig har enheden projekter for gravide familier og varetager en række uddannelsesfunktioner.

I forbindelse med dannelsen af funktionsenheder skete der en sammenlægning af GYN-OBS og et af amtets øvrige afdelinger. Konsekvensen var, at en del medarbejdere blev flyttet til Ravnkilde Sygehus. Til forskel fra andre bevarede GYN-OBS ledelsen, der består af en læge-, en sygepleje- og en jordmoderchef.

Normeringen var i 2005 82 årsværk på sygeplejen, 55 årsværk på jordmødrene, 16 årsværk på social og sundhedsassistenter, og 22 årsværk på sekretærer alle eksklusiv ledere. Lægestaben udgør lægechefen, fire sideordnede overlæger uden vagt, 13 overlæger med vagt, fem afdelingslæger, to 1. reservelæger og ni reservelæger.

Enheden består af fire sengeafsnit med i alt 74 pladser, diverse ambulatorier og fødeafsnit. Sengeafsnittene består af 2 *gynækologiske afsnit* med i alt 34 senge. Det ene gynæ-



kologiske afsnit er et døgnafsnit, der har åbent alle dage (18 sengepladser), og har tilknyttet 20 sygeplejersker, sygeplejeleder, sekretær samt læger. Det andet gynækologiske afsnit har åbent hverdage i dag- og aften timerne (16 sengepladser), og har tilknyttet 20 sygeplejersker. På afdelingen er der desuden 2 *fødegange* og 2 *barselsafsnit* med i alt 32 senge og et afsnit med 8 akutte svangresenge samt et *ambulant fødeafsnit*. Endelig har afdelingen 3 ambulatorier: *Gynækologisk-onkologisk og uro-gynækologisk ambulatorium*, *Gynækologisk ambulatorium* samt *Jordmoder- og svangreambulatorium*. Enheden har et funktionssekretariat, men sekretærerne er i øvrigt fordelt på 10 afsnit.

På tværs af den fysiske organisering er enheden opdelt i fire tværfaglige teams, der ledes af teamansvarlige overlæger: *Almen Gynækologisk team*, *Urogynækologisk team*, *Gynækologisk Onkologisk Team* samt *Obstetrikken (Obstetrisk Føtalmedicinsk team)*. Til alle teams er der tilknyttet læger, sekretærer og sygeplejersker fra de gynækologiske afsnit og ambulatorier.

I 2001 besluttede amtets sundhedsudvalg, at sygehuse i Ravnkilde Amt skulle deltage i udvikling og pilottestning af den Danske Kvalitetsmodel i perioden 2002-2007. Derfor er der i GYN-OBS nedsat en styregruppe bestående af funktionsenhedsledelsen og 4 kvalitetskoordinatorer. Der er involveret 23 nøglepersoner og 7 patientsikkerhedsansvarlige i processen. Akkrediteringen skal være gennemført med udgangen af 2006.

I 2002 udarbejdede enheden et fælles værdigrundlag på basis af spørgeskemaer blandt medarbejdere og patienter. I amtet er der opstillet eksakte politiske servicemål på baggrund af patienttilfredshedsundersøgelser med hensyn til længden af samt information om ventetider. Enheden refererer desuden til Fødeplan for Ravnkilde Amt, der bygger på nationale retningslinier for svangreomsorg i Danmark.

## 4.2.2 Arbejdsmiljøet i organisationen

I slutningen af 2000 fik Ravnkilde Amts sundhedsudvalg fremlagt en afgangsanalyse vedr. sundhedsvæsenet baseret på besvarelser fra fratrådte medarbejdere i perioden april-juli 2000. I analysen blev der sat fokus på, hvorfor medarbejderne forlod arbejdspladsen. Det fremgik, at 137 medarbejdere var fratrådt. Selve undersøgelsen havde dog kun en besvarelse på 38 pct. Angivne årsager til fratrædelse var primært arbejdsmiljøvilkår herunder det psykiske arbejdsmiljø. Umiddelbart herefter besluttede amtet at etablere et arbejdsmiljøteam med arbejdsmiljøkonsulenter, og der blev afsat midler til projekter om psykisk arbejdsmiljø. Arbejdsmiljøteamet skulle bidrage til, at psykisk arbejdsmiljø blev integreret i afdelingernes virksomheds- og handleplaner. Desuden blev der gennemført konsulentvirksomhed på en række afdelinger<sup>7</sup>. I løbet af 2001 og 2 år frem blev diverse aktiviteter sat i værk som et særligt personalepolitisk fokusområde.

I 2002 kunne Arbejdsmiljøteamet konstatere, at få afdelinger havde redegjort for effekten af initiativerne. Teamet vurderede, at der var behov for at gøre en indsats for at integrere psykisk arbejdsmiljø i afdelingernes hverdag. Projektet fortsatte i 2003 og blev fulgt op i 2004. I 2003 og 2004 blev der iværksat nye personalepolitiske fokusområder vedrørende kompetenceudvikling og efteruddannelse (2003) og samarbejdskultur (2004). Følgegruppen til fokusområdet 2004 fik til opgave at gennemføre en evaluering

<sup>7</sup> Konsulentvirksomheden vedrørte bl.a. debriefing, feedback, selvstyrende teams, mobning, personkonflikter og dialog.

af MED-organisationen. Denne evaluering omfattede ikke sundhedsvæsenet, da MED-organisationen blev forsinket pga. funktionsenhedsdannelsen. Det blev dog besluttet, at en evaluering af MED-organisationen i sundhedsvæsenet skulle gennemføres senere. De ovenstående fokusområder har været koncentreret om igangsætning, afslutning og udarbejdelse af inspirationsmateriale. Amtet har valgt ikke at anvise særlige metoder eller regler for, hvordan et lokalt MED-udvalg skal arbejde med et fokusområde.

I forbindelse med sammenlægningen af afdelinger til GYN-OBS i 2003 blev der afholdt et seminar for hele enheden med bistand fra eksterne konsulenter.

### **4.2.3 MED-organisationen**

I Ravnkilde Amt trådte aftale om medindflydelse og medbestemmelse i kraft i 2003 forsinket pga. sammenlægningen. I Ravnkilde amt findes et *hoved MED-udvalg* og et *MED-sundhedsudvalg*, der svarer til hoved-MED-udvalget og sektor-MED-udvalget i Blåkilde amt. Hovedudvalget udarbejder en årsberetning vedrørende arbejdsmiljøet. Den første udkom i 2004.

På Ravnkilde sygehus består MED-organisationen af funktionsbestemte *MED-udvalg* og eventuelt lokale MED-udvalg, hvis funktionsenheden er spredt på flere sygehuse. For GYN-OBS, der er samlet på Ravnkilde Sygehus, er der derfor kun ét MED-udvalg.

MED-udvalget har maksimalt 14 medlemmer fordelt med 7/7 repræsentanter til hhv. ledelse og medarbejdere, hvoraf mindst 2 er sikkerhedsrepræsentanter og/eller tillidsrepræsentanter. Medlemmerne af det nuværende MED-udvalg er valgt som de første indtil 2006. Der afholdes møder minimum 4 gange om året.

*Sikkerhedsgruppen* i enheden består af 1 sekretær, 1 sygeplejerske, 2 jordmødre, 1 ledende jordmoder og 1 ledende sygeplejerske. I evalueringsperioden blev der valgt en repræsentant for lægegruppen.



## 5. Medarbejderne

I dette følgende præsenteres 5 temaer, der tager udgangspunkt i medarbejdernes oplevelser af, hvilke forhold, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø og hvilke barrierer og muligheder, de oplever, der er med hensyn til at øge opmærksomheden, engagementet og prioriteringen af indsatsen for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø. Som et særligt tema præsenteres medarbejdernes oplevelse af MED-udvalget. I analysen af disse temaer vil vi fortløbende se på forskelle og ligheder mellem de to afdelinger.

Temaerne og analysen af dem sammenfattes i afsnittet *Indsatsen overfor medarbejderne*. Her vil vi også foretage en generalisering af medarbejdernes oplevelser, der munder ud i en række anbefalinger for BARSoSus indsats overfor medarbejderne.

Medarbejdernes oplevelser får en særlig tyngde i evalueringen, fordi medarbejderne er en primær målgruppe, og fordi evalueringen fokuserer på, hvordan forskellige aktører kan bidrage til at øge opmærksomhed, engagementet og prioritering af arbejdet med at forbedre psykisk arbejdsmiljø i den daglige praksis, dvs. blandt medarbejderne.

### 5.1 At være glad når man står op – og når man går hjem

Fælles for medarbejderne på både Børneafdelingen og i GYN-OBS er, at de oplever psykisk arbejdsmiljø som noget, der overordnet drejer sig om *at være glad, når man står op, og når man går hjem*. Medarbejderne siger f.eks.:

PÆDAGOG 2: Man har det godt, og man er glad, når man står op om morgenen, når man skal på arbejde. Det er sådan mine tanker om det psykiske.

SYGEPLEJERSKE 4: Jeg tænker det der med at have det godt. At man har det godt med at gå på arbejde (11-12, B).

LÆGE 1: For mig, der er psykisk arbejdsmiljø noget med, at man har det godt på sit arbejde. Det er noget med, at man skal glæde sig til sit arbejde. Man skal være glad sammen med de medarbejdere, der er der [...] have det rigtigt godt sammen. Så skal man have det sådan, at det skal være dejligt at gå på arbejde, og når man går herfra, så skal man synes, at det har været en god dag. Man kan mærke, at man har haft det godt sammen med dem, man arbejder sammen med, med patienterne. Det er det, jeg forstår ved et godt psykisk arbejdsmiljø (33, R).

Det modsatte er, at man går ”hjem hver dag og er ked af det” (97, R).

#### 5.1.1 Et meningsfyldt arbejde og gode kolleger

*At være glad når man står op, og når man går hjem*, drejer sig på den ene side om at have et ”meningsfyldt”, ”spændende” og ”vigtigt” arbejde. På den anden side drejer det sig om at have det godt med kollegerne. Medarbejdere på Børneafdelingen siger f.eks.:

PÆDAGOG 2: Jeg har altid sagt, at halvdelen af mit job, det er at have gode kollegaer. Den anden halvdel, det er selvfølgelig at have et spændende arbejde [...]

SOSU 2: Men det er jo også det at have et speciale, som man godt kan lide. Som man brænder for. Det synes jeg er vigtigt, at man synes, at det er et godt stykke arbejde, man udfører.

PÆDAGOG 2: At det er noget meningsfyldt [...] Det er rigtigt, det er så den anden halvdel af det (19-22, B1).

Oplevelsen af at have et meningsfyldt arbejde og gode kolleger handler i praksis om to forhold: at man kan ”gøre sit arbejde godt”, og at man ”kan sammen med de mennesker, man har rundt omkring sig”(12, B, 35, R). I forhold til at gøre arbejdet godt kan medarbejderne opleve et særligt arbejdspress.

### 5.1.2 Arbejdspress - knaphed på tid og penge

Fælles for medarbejderne i de to enheder er, at arbejdspress er et forhold, der har betydning. Arbejdspress opleves, *når det meningsfyldte i arbejdet står i modsætning til, hvad der praktisk lader sig realisere.*

Et af de forhold, der kan bevirke, at det meningsfyldte i arbejdet bliver svært at realisere er knaphed på tid, dvs. travlhed. To sygeplejersker fra hver af enhederne siger:

SYGEPLEJERSKE 1: Men altså mængden af det arbejde, man bliver præsenteret for, når man kommer på arbejde, det er da også vigtigt for det psykiske arbejdsmiljø. Om man går hjem om eftermiddagen og synes, at man har gjort sit arbejde godt, eller om man tænker: *nej, nu mangler du det og det*, eller hvis man føler sig totalt stresset fra man kommer, fordi man slet ikke kan nå det, inden man går hjem igen (23, B1).

SYGEPLEJERSKE 2: Jeg tænker også, at man har nogle forhold, der gør, at man føler, at man kan gøre tingene godt nok. At man ikke går hjem med den der fornemmelse eller følelse af, at man ikke har kunnet udføre sit arbejde tilfredsstillende. Og der er jo mange ting, der kan spille ind. Stress og travlhed (37, R).

Der er dog forskel på, hvordan medarbejderne i enhederne taler om travlhed og stress.

På *Børneafdelingen* oplever medarbejderne indimellem, at der er travlt. De taler imidlertid ikke så meget om stress, men om at travlheden giver nogle ”problemer” og ”udfordringer”, de må være fælles om at løse (17, B1):

SYGEPLEJERSKE 2: Der synes jeg godt, at man kan komme der, og det hele ser totalt uoverskueligt ud. Men der er det så netop det med, hvordan man arbejder sammen. Om man ser hinanden, og man ved, hvor man skal hjælpe, eller om man er ligeglade overfor hinanden. Det er så dét, der gør det. Det kan godt være godt nok og ok, selvom man så har susende travlt. Hvis man ligesom er fælles om det så... selvfølgelig kan det være *huh, jeg har haft travlt*, men det er ikke sådan, at jeg synes, at det absolut er dårligt.

SYGEPLEJERSKE 1: Nej, men det kan det netop blive, når man ikke kan nå det. Altså, når man har nogle dage, hvor man går på arbejde, og hvor man ikke kan nå at give de patienter den medicin, de skal have, og hvor der er en patient, man slet ikke når at komme ind til på den stue, fordi man har så mange andre opgaver, man skal tage sig af eller den studerende, man går sammen med, hende nåede man faktisk kun lige at hilse på to minutter i morges. Og et eller andet sted, så er det noget, der falder tilbage på noget ledelsesmæssigt, for... jamen, hvis det sådan er hver dag, at det er sådan, når man kommer på arbejde, så får det altså en betydning for det psykiske.

SYGEPLEJERSKE 2: Hvis det ikke er hver dag, så kan man se det som en sjov udfordring [...] Men hvis det er gentagne gange (24-28, B1).

Medarbejdernes udsagn viser, at travlhed ikke kun opleves som noget dårligt. Om travlhed får betydning for ”det psykiske” og bliver en stressfaktor afhænger af, om medarbejderne oplever, at de kan *nå*, det de skal, og om arbejdspresset er akut eller vedvaren-

de. På Børneafdelingen er det almindeligt, at der er situationer og perioder med travlhed, men disse perioder har ikke en varighed, der gør, at udfordringen i at have travlt udvikler sig til stress. Det er også kendetegnende, at medarbejderne på Børneafdelingen vurderer, at arbejdspresset er noget, man kan håndtere dels via samarbejdet mellem kolleger, dels ledelsesmæssigt.

I GYN-OBS opleves arbejdspresset også som noget, der vedrører tid nok til at udføre arbejdet. Men arbejdspresset opleves også som noget, der drejer sig om *variationen* i opgaverne f.eks. det at have *ansvar* for mange *forskellige* opgaver. En sygeplejerske udtrykker det sådan:

SYGEPLEJERSKE 2: Jeg ved ikke, hvordan jeg skal sige det, men det er i det daglige. Vores kontor er ikke specielt stort, og der er enormt mange mennesker i det kontor. Og der er heller ikke computere nok. Og telefoner, der ringer [...] jeg synes, det påvirker os meget. De forstyrrelser, der er. Vi får ikke lov til at gøre tingene færdige. Man kan sidde midt i noget, og så kommer der en og lige skal spørge om et eller andet, eller en klokke der ringer, og så går man ud, og så kommer man ind, og så er der en, der har taget ens computer, og så skal man til at logge sig på, og hele tiden bliver du revet ud af, og hele tiden er der nogle, der river [...] vi har sådan en ansvarshavende funktion, hvor vi skiftes til, at en sygeplejerske skal have det overordnede ansvar i afdelingen den pågældende vagt, og der skal man simpelthen have overblik over, hvad der kommer ud, og man har stadigvæk også sine patienter. Man er stadigvæk også ude i plejen og ude, og der kan være foregået alt muligt, og så håber man så bare, at tingene bliver meldt tilbage. Men det er så heller ikke altid sikkert. Men sådan en dag, hvor der er måske fuldt hus og mange ting, det synes jeg... man er så træt, når man går hjem. Og altså, man slipper det ikke. Man kører dagen igennem *husk nu det*, for så blev man revet ud af det, og *fik jeg nu skrevet det*, og *fik jeg nu sagt det*. Det er sådan en ting, der påvirker meget, synes jeg næsten hver dag. For det meste er der bare dødtravlt hele tiden. Alle vil jo godt blive færdige med deres ting og nå deres ting, og det er måske lige det, der gør, at man kan komme videre med noget, at man lige kan hive fat i en. [...] Det hele kører bare i højt... og folk skal være færdige og nå deres ting, og det skal være godt nok, fordi ellers så hænger der også det der over hovedet, for folk klager jo nemt i dag, ikke. Så man skal nå tingene, og så skal man også gøre det så godt som muligt (220-226, R).

Sygeplejerskens udsagn signalerer en oplevelse af, at det at realisere det meningsfyldte i arbejdet – at kunne gøre arbejdet godt nok – ikke blot er en udfordring men også en daglig *kamp* på tid. Nogle ser det som en kamp om økonomiske ressourcer:

LÆGE 1: Ja, men det har også noget at gøre med den økonomiske situation, ikke? Der er noget utåleligt ved, at alt efterhånden er økonomi. Jamen altså, at man ikke siger, dét det handler om, det er, at man er en afdeling, der skal behandle nogle patienter, og de skal selvfølgelig have en optimal behandling, men prøvelsen er i virkeligheden en anden: *Er der penge til det?* Det er håbløst. Altså hele tiden økonomi. Det har det så godt nok været de sidste 20 år. [...]

SEKRETÆR 1: Den er godt nok strammet

JORDMODER 1: Men det er blevet mere synligt så

LÆGE 1: Ja, Og det er klart [...] de mangelsituationer, de medfører så det, der hedder et godt gammelt udtryk: *Hvis krybben er tom, så bides hestene*. Sådan er det jo også lidt (46-51, R).

Det er kun få af medarbejderne i GYN-OBS, der direkte taler om, at travlhed er en stressfaktor, der følger dem uden for arbejdet. Dette kan på den ene side tyde på, at travlhed og stress ikke er et særligt udbredt problem. På den anden side tematiseres travlhed heller ikke som en positiv udfordring. Dette kan tyde på, at travlhed er en konstant faktor, medarbejderne lever med, og som indimellem kan føre til, at man ”bides”.

Medarbejderne i begge enheder oplever, at travlhed kan være en barriere i forhold til at udføre arbejdet godt nok, og at det har betydning for det psykiske arbejdsmiljø. Nuanceforskellen består dog i, at der i GYN-OBS kan forekomme oplevelser af, at *alle* har ”dødtravlt” *hele* tiden. Nuanceforskellen består også i, at medarbejderne i GYN-OBS i højere grad oplever, at de befinder sig i et krydspres, hvor økonomiske krav gør, at ”prøvelsen i virkeligheden er en anden” end det, der opleves som meningsfyldt. Presset består i at skulle levere en optimal behandling hurtigere og for færre midler. Endelig består nuanceforskellen i, at en håndtering af dette krydspres kan opleves som ”håbløst”.

### 5.1.3 Alt for patienten – hjælp eller klager

Det er vigtigt at pointere, at det meningsfyldte for medarbejderne i begge enheder er at give patienten den bedste behandling. Der er således ikke tale om, at medarbejderne ikke vil yde det bedste for patienten. Tværtimod kan det meningsfyldte realiseres, hvis medarbejderne - på trods af travlhed – oplever, at de kan levere en optimal behandling.

En sygeplejerske på *Børneafdelingen* siger f.eks., at den gode behandling er det, ”det hele går ud på” men også, at et godt arbejdsmiljø er en forudsætning for god service:

SYGEPLEJERSKE 1: Altså, jeg synes da, at det er rigtig vigtigt at psykisk arbejdsmiljø er godt. For det er afdelingen og kvaliteten af det, vi laver [...], det er jo den forældrene får at føle. Og det er da rigtig vigtigt, og det går vi utroligt højt op i afdelingerne, at dem, der går ud af vores afdeling, de har fået et godt ophold, de har fået en god pleje, de går ud af døren og siger *tak, vi har virkelig haft det godt her*, og *I har hjulpet os*. Hvis ikke vi kan finde ud af tingene sammen, og tingene ikke kan fungere, så oplever forældrene det meget tydeligt. Altså, vi hører jo tit fra forældrene, der kommer tilbage med meldinger: *Det virker som om, at I har det godt sammen her på afdelingen. Vi kan mærke, at der er en god tone*. [...] Det følger de jo 100 pct. med i, og der er det jo vigtigt, at det bliver til, at de går ud af døren og siger *tak for et godt ophold*. Så at de har tillid til, at det... og vi vil jo gerne høre ude i byen, at de har haft et godt ophold [...] det er da en service (31-34, B1).

Oplevelsen af at kunne give en god service handler således ikke kun om den enkelte patient men om at sikre, at enheden har et godt ry, og at omverdenen har ”tillid” til den. Medarbejderne på *Børneafdelingen* har en oplevelse af, at det er tilfældet. I særlige tilfælde oplever de dog, at der bliver stillet spørgsmål ved servicen. Der kan være forældre, der i særlig grad er utilfredse og stiller særlige krav. Her kan medarbejderne opleve, at det meningsfyldte er svært at realisere. Om konsekvensen af dette siger en pædagog:

PÆDAGOG 1: Jo, og man skal alligevel være gode ved dem [...] fordi nogle gange, der kan man godt sådan lidt, de bliver måske behandlet lidt mere koldt fordi man har oplevet noget lidt negativt. Hvor man også skal vænne sig til at også gøre noget, der er lidt godt for dem, for så blomstrer de faktisk på en anden måde (121, B1).

Konsekvensen af negative patienter kan være, at man skruer ned for omsorgen. Samtidig kan dette give anledning til et psykisk pres, da det ikke opleves som meningsfyldt. Medarbejderne taler her om, at det er vigtigt at håndtere skuffelsen, så den ikke hindrer, at man kan gøre noget godt. De ser det som et spørgsmål om at *afgrænse* sig fra patienterne for at kunne imødekomme deres behov (106-123, B1).

En lignende problemstilling gør sig gældende i *GYN-OBS*. Her har medarbejderne også en oplevelse af, at de yder en god behandling. Men nogle oplever også et særligt pres i

form af ændrede patientforventninger. Nogle medarbejdere taler f.eks. om, at moderne kvinder er blevet mere selvbevidste individer, der ved, hvad de vil have, og som samtidig har svært ved at slippe kontrollen. De vurderer, at en konsekvens af dette er en øget efterspørgsel på f.eks. epidural behandling ved fødsler eller kejsersnit, selvom det ikke fagligt skønnes nødvendigt (58-62, R1). En overlæge ser konsekvenserne som følgende:

LÆGE 1: Vi bliver servicepersoner i stedet for fagpersoner. Og det, som det også gør, det er, at det støder ind i alle de grupper, der ligger omkring os. For operationsstuen kan næsten ikke bære alle de der, der kommer: *Nu skal vi skynde os at lave kejsersnit, fordi ellers så føder hun normalt hjemme* (165, R).

I praksis betyder det, at et 'unødvendigt' kejsersnit tager en operationsplads fra en anden patient. I praksis får det også konsekvens for sekretærerne, der booker operationer.

SEKRETÆR 2: Det krav er ikke kun fra fødende. Nu sidder jeg og booker operationer og giver tider, men når vi sidder ved telefonen, så synes jeg, at jeg fornemmer, at man skal virkelig være på dupperne og fornemme og passe på, hvad man siger, og man skal være høflig, og man skal sige: *kunne du godt tænke dig? Ja, men så prøver vi det.*

JORDMODER 2: *Hvad har du lyst til?*

SEKRETÆR 2: Jamen fedte, fedte ikke. [...] mens du har hende i røret, så er du derude, og gør jeg nu det her på den rigtige måde, og får jeg sagt noget forkert (167-169, R).

Fælles for medarbejderne i begge enheder er, at de har et ideal om at gøre alt for patienten og har en oplevelse af, at patienterne er tilfredse. I GYN-OBS oplever medarbejderne imidlertid ikke blot, at det er *særlige* patienter eller brugere, der kan være utilfredse. De oplever en *generel* ændring i de servicekrav, brugerne stiller, og har dermed en oplevelse af, at de er oppe imod større sociale forandringer, der kan være svære at ændre. Ligeledes er der en større sensitivitet overfor mulige patientklager, der gør, at medarbejderne oplever, at de kan være bange for at gøre noget forkert.

Ovenstående tyder på, at det krydspres, medarbejderne kan opleve, består i forskellen mellem *på den ene side* egne forventninger om at kunne realisere det meningsfyldte arbejde og en god behandling af patienterne, *på den anden side* at kunne imødekomme politisk-økonomiske og specielle patientforventninger til en god behandling, der ikke harmonerer med, hvad man magter eller fagligt ser som ideelt. I praksis kan det betyde, at det meningsfyldte i arbejdet *kan* opleves som svært at realisere enten fordi, der er for lidt tid, eller fordi det opleves som svært at gøre det bedste for patienterne. Konsekvensen kan være en oplevelse af et arbejdspress, der kan føre til stress.

Det krydspres, som medarbejderne kan opleve, har organisatoriske konsekvenser. Organisatorisk set søges det håndteret ved, at arbejdet i øget omfang planlægges fleksibelt.

## 5.2 Fleksibel planlægning

Organisatorisk set fører kravet om at kunne håndtere forskellige forventninger til, at planlægningen og struktureringen af arbejdet sker efter princippet om *fleksibel planlægning*. Den fleksible planlægning er et svar på, hvordan man kan imødekomme idealet om at gøre det bedste for patienten på trods af knaphed på tid. Den får også en særlig betydning for de krav, der stilles til medarbejderne. Det skal vi se på i dette afsnit.



### 5.2.1 Patientflow

Den fleksible planlægning drejer sig i første omgang om på optimal vis at sørge for, at de personalemæssige ressourcer matcher det aktuelle patientflow.

På *Børneafdelingen* har nogle afsnit travlt i særlige perioder. Her oplever medarbejderne det som vigtigt, at arbejdsopgaver struktureres, så der er mulighed for at nå f.eks. udviklingsopgaver på andre tidspunkter. I praksis består det i, at man ”samler sammen til perioder, hvor der er meget stille” (47, B1). Det fordrer dog, at mere stille perioder faktisk findes. Findes de, bliver den fleksible planlægning oplevet som en udfordring, der giver medansvar, således som en sygeplejerske siger:

SYGEPLEJERSKE 2: Jeg synes, at det er vigtigt, at den leder, man har, kan... altså, at der er plads til, at man får uddelegeret nogle opgaver, for der hvor jeg er, der har vi en leder, der har stor tillid til, at vi kan finde ud af at kalde personale ind f.eks., og det gør jo så, at man får udfordringer, fordi det kan lige så godt være mig, der skal tage stilling til, hvem der skal kaldes ind, og hvordan det nu skal hænge sammen. Det, synes jeg egentligt, er positivt, at man hver især får opgaver, som man kunne synes kunne være lederens opgaver, men som hun faktisk uddelegerer, og det giver så et medansvar og måske det, du siger, at så bliver det ikke kedeligt. Så får man nogle udfordringer på den måde (60, B1).

I det perspektiv opleves fleksibel planlægning også som en mulig medbestemmelse:

SYGEPLEJERSKE 5: Et andet projekt, vi også har kørt [...] det er vores arbejdstider. For at få en tilfredshed og få vores arbejdsliv og familieliv til at hænge sammen, der har vi lavet et arbejdstidsprojekt, hvor vi selv har bestemt, hvordan vi arbejder. Vi er ansat på et antal timer, og så bestemmer vi selv, om vi vil arbejde 6, 7 eller 8 timer, når vi er på arbejde og hvor mange weekender. Men alle ønsker selv, hvordan de vil arbejde (305, B1).

Den fleksible planlægning gør sig også gældende i *GYN-OBS*. Her lægger medarbejderne også vægt på, at der er tillid til, at den måde, de planlægger arbejdet på, er ansvarlig. De lægger også vægt på, at lederne tager hensyn til balancen mellem arbejds-, familie- og privatliv. Der er dog en nuanceforskel. Medarbejderne taler ikke om den fleksible planlægning som en udfordring. De taler i højere grad om den som en *nødvendighed for at kunne holde fri*. F.eks. siger en jordmoder om lederens fordeling af arbejdet:

JORDMODER 1: I forhold til den der hektiske dag, vi har på fødegangen, og hvor vigtig det er, at vi får de der tre ugers ferie, fordi så kan vi falde ned, slappe af og komme op igen, hvor vi måske slet ikke kan få ferie i børnenes skoleferier [...] Det er bare guld værd (117, R1).

Det betyder ikke, at medarbejderne i *GYN-OBS* ikke er fleksible. Tværtimod tyder det på, at medarbejderne er villige til at yde det, der er nødvendigt i en sådan grad, at det kan være et problem at holde fri. Medarbejderne taler f.eks. om, at det er positivt med en leder, der kan ”få sit personale til hvad som helst” (117, R1).

### 5.2.2 At magte at sige fra og til

Den fleksible arbejdstid og hensynet til patientflowet har den betydning, at det bliver vigtigt for medarbejderne at vide, hvor de har hinanden. At vide, hvor man har hinanden drejer sig i praksis om at have nogenlunde ens forventninger til, hvordan man hjælper hinanden. En overlæge udtrykker det på den måde, at der er brug for ”spilleregler” og

”fordelinger”(33, R1). Disse spilleregler handler om under hvilke betingelser, man kan forvente at få hjælp.

På *Børneafdelingen* taler medarbejderne om, at det er vigtigt for det psykiske arbejdsmiljø, at der er en ordentlig ”omgangsform”, og at man forstår sig som et ”team” (17-19, B1). I praksis drejer det sig om, at man ser, at man er afhængige af hinanden og derfor er åbne om, hvad man kan magte:

SYGEPLEJERSKE 5: Ja. Og specielt, at man tør sige til og sige fra. At vi ved, hvor vi har hinanden. Er vi nu i en nattevagt, hvor vi er få personer, så er vi meget afhængige. Der kan komme dårlige patienter. Så skal jeg bare vide, hvor jeg har de andre. Det er helt i orden, hvis man ikke kan magte det, men man skal vide, hvor man har de andre. Det betyder fantastisk meget for mig [...]

SOSU 2: Det er det med at turde melde fra, hvis man ikke magter det. Og når man melder fra, så ved du, jamen ok, der er ikke nogen hjælp at hente [...]

SYGEPLEJERSKE 5: Lige præcis, og det ligger meget i det psykiske arbejdsmiljø. Den ærlighed, som jeg synes, vi skal have i vores job. Det er så fantastisk vigtigt. Det er fair, at man melder fra, men ærlighed det er vigtigt. Det vil jeg 10 gange heller have. Og det er et godt miljø, hvis man når derhen, men der er jo langt derhen. Sådan ser jeg det i hvert fald. Men at man er ærlige og åbne overfor hinanden (25-30, B2).

Oplevelsen er, at man ikke behøver at kunne magte alt, men at det er vigtigt, at man tør og kan vise, hvad man magter, så andre er klar over, hvad de kan forvente. Samtidig er der også en klar forventning om, at man hjælper hinanden, *hvis situationen kræver det*. F.eks. forventes det, at lægerne møder op, hvis sygeplejerskerne har brug for hjælp: ”Så er det her og nu og ikke om 5 minutter” (108, B2). Grænsen for hvornår man kan sætte grænser for, hvad man kan magte, er dermed relativ forstået på den måde, at det afhænger af *hvad* og måske også i forhold til *hvem*, der sættes grænser.

I *GYN-OBS* bliver dette mere tydeligt. To jordmødre og en læge udtrykker det således:

JORDMODER 1: Det er så stressende, fordi det er så meget liv og død og de der babyer, så gør de lige pludselig noget andet, end de gjorde for 10 minutter siden. Man er så afhængig af, at den, man kalder på, hører, respekterer og handler på det, man som jordmoder iagttager [...]

For mig er det bare alfa omega. Jeg kan føde på en ølkasse. Jeg er nærmest ligeglad. Hvis ikke jeg har dem, der skal støtte op omkring mig, når jeg skal have hjælp, så stiger mit blodtryk simpelthen.

JORDMODER 2: Jeg synes også, at det er utroligt vigtigt, at den hjælp er der uanset på hvilket tidspunkt af døgnet, man har brug for den. For vi er der uanset på hvilket tidspunkt af døgnet [...]

LÆGE 1: [...] hvis man er tryk ved sine medarbejdere, så er det jo også en stor grad af det, at man stoler på hinanden, og at man yder den service overfor hinanden (55-59, R).

Medarbejderne på GYN-OBS lægger vægt på, at man yder en ”service” overfor hinanden. Ligesom at medarbejderne forventes at være fleksible overfor patienterne, forventes det, at de er ”fleksible overfor hinanden”. Det modsatte af fleksibilitet ”gider man ikke” (78, 305-309, R). Enkelte medarbejderne oplever dog, at forventningen om fleksibilitet kan have en skyggeside. F.eks. siger en sygeplejerske, at det, at man er ”meget søde til at hjælpe”, kan betyde, at man ”hiver i hinanden hele tiden” (223-225, R). Det med at hive i hinanden kan f.eks. komme til udtryk i måden man beder om hjælp. Her lægger medarbejderne vægt på, at man taler på en ordentlig måde:

JORDMODER 2: Det betyder uhyggeligt meget, ikke også. *Vi skal have...*, *krasssss* siger det så bare bag i min nakke. Selvfølgelig skal vi hjælpe hinanden [...]

SEKRETÆR 1: Det der med at man siger: *Skal have*, ikke? I stedet sige *Ih vi har altså simpelthen så travlt. Kunne I ikke tage og hjælpe?* Så er tonen en helt anden, og så er man åben overfor, at selvfølgelig kan vi da det [...]. Men altså det der: *Du skal*. Det er jo ikke fordi, man ikke vil. Men det er mange gange, det er måden, der gør det. Man vil utroligt gerne hjælpe alt det, man kan, hvis det er man kan snakke om det til hinanden (232-243 R).

Medarbejderne oplever ikke, at der er en hård ”tone”. Men oplevelsen af, at kravet om at hjælpe kan føles som at ”hive” i hinanden, at der ikke altid er tid til at spørge om hjælp på en ordentlig måde, eller at der ikke er forståelse for, at man har mange opgaver, der skal varetages, mere udtalt på GYN-OBS end på Børneafdelingen.

Selvom der er et ideal om, at det er acceptabelt, at man siger fra, så er der i begge enheder en forventning om, at dette ikke må kollidere med det, situationen kræver. Dette er en situation, hvor patientflowet og det akutte patientforløb kræver, at man netop magter at hjælpe. På GYN-OBS synes denne forventning at være mere udtalt.

### 5.2.3 Tryghed – At kende hinanden

Fordi der er grænser for, hvornår man kan markere grænser i forhold til, hvad man magter, bliver det vigtigt, at medarbejderne opbygger et *socialt overskud*. Medarbejderne i begge enheder taler om, at det er vigtigt, at man som kolleger er trygge ved hinanden.

På *Børneafdelingen* oplever medarbejderne, at trygheden blandt kolleger betyder meget. Trygheden består i, at man kender hinanden fagligt, socialt og privat. Det sociale kendskab opstår ved, at medarbejderne laver noget sammen uden for arbejdstiden. Det private kendskab opstår ved, at medarbejderne viser, hvem de er som personer følelsesmæssigt og privat. F.eks. inviterer nogle kolleger med til private fester. Disse tre dimensioner - det faglige, det sociale og det private - bevirker, at man kan se, ”hvordan man har det”, og at ”der er plads til, at man kan lægge mærke til” og ”interesserer sig for hinanden” (21-30, 215-220, 233 B1). Det giver et socialt overskud. Det betyder imidlertid, at det er nødvendigt, at man som medarbejder kan indgå i et sådant socialt samspil. Kan man det, kan man opnå lydhørhed og støtte - til en vis grænse:

SOSU 1: Jeg kan godt sige, at i går var det en møgdag, og så er der plads til at næste dag, der kan jeg komme af med det, men hvis det er dag efter dag efter dag... (37, B1).

Grænsen består i, at man som medarbejder ikke kan trække ubegrænset på andres støtte. Tryghed er derfor ikke noget, der bare *er*. Tryghed produceres og forhandles socialt, og på den måde er det et socialt og i høj grad uformelt element i den fleksible planlægning.

Medarbejderne på *Børneafdelingen* betegner det som at dyrke en ”kultur”, hvor der er plads til, at man kan vise, hvem man er (229-241, B1). En forudsætning for at opnå tryghed er imidlertid også, at man kan være på en særlig måde:

SOSU 1: Og det er også fordi, der er så lidt personaleudskiftning. Det er de samme, der har været der i mange år. De samme hoveder. Der kommer ikke mange ind. Og de nye, der kommer ind, der er anderledes...

SYGEPLEJERSKE 1: De kommer hurtigt ud igen  
[høj latter]

SOSU 1: De tilpasser sig efterhånden [Får man noget personale] som er noget anderledes, så snakker vi også om, at det varer nok ikke længe, så ligner hun også...  
[latter]

PÆDAGOG 1: Hvis ikke hun gør, så rejser hun nok...(235-240, B1)

Medarbejdernes udsagn viser, at tryghed ikke er noget, den enkelte medarbejder har. Det skal opnås. Derfor kan man også antage, at der kan være medarbejdere, der ikke er i stand til at være på en bestemt måde og dermed heller ikke får opbakning og støtte.

I *GYN-OBS* taler medarbejderne mere direkte om, at tryghed er en stabiliserende faktor i forhold den fleksible planlægning. En overlæge siger om trygheden:

LÆGE 1: Vi har jo også et socialt liv, og det sociale liv, det rummer jo, hvis det er velfungerende, en betydelig grad af tryghed. Og det handler også om at bakke op omkring hinanden. Det mener jeg, er ekstremt vigtigt. At man ikke dolker hinanden. Eller man går og tror, at man risikerer at blive dolket af nogen. At der er nogen, der går og taler bag om ryggen på en. Det er fuldstændigt destruerende for en afdeling. Så man skal være tryk (61, R).

Ligesom på Børneafdelingen er det personlige kendskab med til at skabe et socialt overskud i forhold til opbakning og støtte. En jordmoder udtrykker det mere direkte ved at sige, at hjælp og opbakning afhænger af, om man kender hinanden:

JORDMODER 2: Men for at man kan bakke hinanden op, så er det jo ligesom også vigtigt, at man kender hinanden lidt mere socialt [...] for har du haft det sjovt, og har siddet og snakket, jamen så gør det tit, at man føler, at man kender hinanden (98, R).

Ligesom på Børneafdelingen kræver det derfor et særligt personligt overskud at kunne realisere hjælp og opbakning. Medarbejderne på *GYN-OBS* taler mere direkte om, hvordan man opnår eller ikke opnår hjælp:

JORDMODER 2: Jeg er som regel en glad person, og når jeg ligesom kommer på arbejde, så skal jeg altså være i godt humør, ikke. Altså, at jeg har skændtes derhjemme, det er ikke noget, jeg overhovedet mener, jeg bør tage med på arbejde. Så professionel bør man være. Så det forventer jeg sådan set også, at mine kolleger er [...]

SYGEPLEJERSKE 2: Jeg vil sige, at på min afdeling, der er vi meget obs på, at alle har det godt [...] hvis folk sådan virkelig har det skidt, så er man meget åbne om det, og folk tager hensyn til hinanden. Men det, synes jeg også, er vigtigt. For man kan ikke yde det samme, hvis der er et eller andet på privatlivet [...]

SEKRETÆR 1: Nej, men jeg tror, at det du mente med det, det var, hvis du var sur hjemme fra, det skulle du ikke komme med [...] Det synes jeg må være meget vigtigt. Man må tænke på, at det er en arbejdsplads. Dine kolleger kan da ikke være skyldige i, at du fik det forkerte ben ud af døren [...] Der må man være professionel nok, når man møder på sin arbejdsplads. *Jamen det var det, derhjemme. Det skal jeg ikke tage med på arbejdet* (288-301, R).

Af ovenstående fremgår det, at det er acceptabelt at fortælle, hvordan man har det personligt. Det at fortælle, hvordan man har det, kan være en buffer for, at private frustrationer overføres til kollegerne, hvilket ikke opleves som acceptabelt. Hvis man er i stand til at kommunikere åbent og afbalanceret om, hvordan man har det, kan man opnå opbakning og støtte. Samtidig er det medarbejdernes oplevelse, at der indimellem kan være så travlt, at det kan være svært at finde tid til det.

SEKRETÆR 1: Det kommer jo også, som du siger, af, at der meget ofte er travlt på de afdelinger. Og som måske gør, at man glemmer dem, som måske er lidt stille, eller måske ligesom har det lidt dårligt, men egentligt ikke kommer frem med det. Fordi man ikke kan få tid. Man har ikke tiden til at få de der fem minutter, hvor man kan sidde og snakke. Man har for travlt. Og det må være frustrerende for nogle, fordi selvom man er på sin arbejdsplads, så har man også indimellem brug for at sige *Jeg havde ellers sådan lige en episode i går, jeg var ked af*.

SYGEPLEJERSKE 2: Man spiser jo ikke en gang frokost sammen nogen gange, så ikke en gang der...(291-292, R).

Medarbejderne i begge enheder har et ideal om at skabe en kultur, hvor man hjælper hinanden, og hvor der er et socialt overskud. En forudsætning for en sådan kultur er, at medarbejderne har en oplevelse af, at de kender hinanden. Personlige relationer kan give et særligt overskud til at hjælpe. Forskellen består i, at Børneafdelingens medarbejder i høj grad oplever det som muligt at dyrke en sådan kultur. I GYN-OBS finder man det vigtigt, men oplever at travlhed kan være en barriere for at realisere en sådan kultur.

## 5.3 Den kontinuerlige forandring

Det overskud, der er nødvendigt for at kunne bede om og opnå hjælp i en organisation, hvor mængden og karakteren af opgaver varierer og fordrer fleksibel planlægning, er også vigtigt i forhold til at skabe en vis stabilitet i en foranderlig verden. Det skal vi se på i dette afsnit.

### 5.3.1 Der er mange meninger om alt

På *Børneafdelingen* oplever medarbejderne, at der er en udpræget diskussionskultur. De oplever, at der i dag, modsat for "50 år siden", kan stilles spørgsmål til flere ting, og at miljøet "tillader, at alle har en mening. Alt kan diskuteres [...] Alle må faktisk godt lige prøve at bestemme lidt". De forklarer det med, at man er blevet "individualister". Denne diskussionskultur kan ifølge medarbejderne bevirke, at det kan være svært at fastholde beslutninger. Beslutninger er ikke nødvendigvis stabile. De kan forandres, og det kan være et "irritationsmoment" (77-88, 142-143, B1). En pædagog giver et eksempel:

PÆDAGOG 1: Jeg kan godt sige noget konkret. Det er blandt andet et kronisk sygt barn, som kommer to gange om ugen, og som skal have en bestemt stue hver gang [...] Så kommer der nogen, som så synes, det er da også lige meget. Drengen på kan da bare få en anden stue, når han kommer ind. Det er da lige meget. Men det er det bare ikke, for det er besluttet, at han er delvis døv og blind og kender det samme rum, så han skal simpelthen have den stue, og så må man finde en anden mulighed (85, B1).

Ændringer af beslutninger kan opleves som en manglende faglig anerkendelse. Det kan opleves som manglende respekt og give anledning til, at der bruges uhensigtsmæssig psykisk energi på sladder:

PÆDAGOG 1: Altså, jeg synes, at det gjorde lidt ondt, at det ikke blev respekteret. Og så hører man jo lidt snak nede i garderoben og lidt oppe ved konferencen, og så lukker man også selv lidt munden op og forsvarer, fordi man er kontaktperson ikke. *Nej, det kunne de bare ikke forstå, at det skulle være sådan*. Så hører man lidt gnidninger i krogene. Og lige så meget dem, der synes, at ledelsen så ikke er kommet og har sagt: *Det er sådan* [slår i bordet]. Der giver det sådan lige et par dage med det. Det er lidt ubehageligt.

SYGEPLEJERSKE 1: Og uhensigtsmæssigt, at der bliver brugt så meget krudt på det. Energi som kunne blive brugt til noget andet (95-96, B1).

I GYN-OBS ændres beslutninger også, og meget tyder på, at det ofte sker. Medarbejderne taler ikke om, at ændringer af beslutningerne udgør et irritationsmoment. I stedet oplever de, at det er vigtigt, at de ændringer, *der hele tiden sker*, bliver begrundet, og at man tager *ansvar* for de ændringer, man foretager. En jordmoder giver et eksempel:

JORDMODER 2: Noget jeg også synes er vigtigt, for at jeg ligesom er tryk i det, jeg laver, det er jo, at man føler, at man bliver refereret korrekt. Altså, jeg havde en episode i går, hvor jeg har en studerende med. Hun havde født med en fra den anden afdeling [...]. Og så bliver jeg så spurgt af afdelingsjordmoderen i aftes, om det kunne tænkes, at vedkommende kunne ligge på klinikken, fordi barselsafdelingen havde mange patienter. Og så siger jeg: *Har du snakket med klinikken?* Jamen, det havde hun. Så går jeg tilbage til hende, der har født: *Har du lyst til?* Jamen det havde hun da, for så kunne manden blive og hyggeligt, ikke også. Så her til morgen, tilfældigt har jeg to dage i træk: *Hvem har visiteret en til at ligge på fødeklinikken, der ikke har født på klinikken?* Så siger jeg, det er mig, *men nu skal I høre*. Og så sådan og sådan. Og det synes jeg er utroligt vigtigt, at folk siger tingene, som de er. At de ikke gemmer sig. *Nej, det har jeg ikke noget med at gøre*. Det er utrygt (245, R).

Den modsatte situation er, at medarbejdere, fordi ændringer kan irritere, ”gemmer sig”.

Medarbejderne i begge enheder oplever, at beslutninger kan ændres. Dagligdagen er foranderlig. Forskellen består i, at medarbejderne på Børneafdelingen i højere grad ser det som et ideal, at beslutninger fastholdes, hvorimod medarbejderne i GYN-OBS i højere grad ser det som et ideal, at de mange ændringer, der *alligevel* sker, bliver begrundet. Forskellen består også i, at ændrede beslutninger på Børneafdelingen kan opleves som en problematisering af den enkelte medarbejders *faglige kompetence*, hvor det på GYN-OBS kan opleves som et problem med at fastholde det *faglige ansvar*.

### 5.3.2 Den vanskelige patient – tvivl og risiko

Medarbejderne på *Børneafdelingen* lægger vægt på, at beslutninger fastholdes i praksis. De ser det som vigtigt for at kunne fastholde kontinuitet i plejen, men også for at kunne dæmme op for den vanskelige patient. På Børneafdelingen er den vanskelige patient forældre, der er ”svære at gøre tilpasse”. Medarbejderne ser, at hvis man ikke kan fastholde beslutninger, kan de samme medarbejdere få den vanskelige opgave.

SYGEPLEJERSKE 1: Jo og problemet er jo også, at vi kommer til at skændes om det i afdelingen, for når vi møder om morgenen, så er der ingen, der vil ind og passe de patienter. Er det den, der giver sig til sidst, eller er det den, der er mindst skrap? *Nå ja, men så må jeg gå derind*. Og der har vi faktisk lidt indimellem haft, at vores social og sundhedsassistenter føler, at hvis ikke de lige er der kl. 7, når vi deler ud, så er det noget, de bliver sat til. At tage de patienter, der ligger der længe, og som faktisk er lidt svære at passe, fordi det er svært at gøre forældrene tilpasse (122, B1).

Oplevelsen af fagligt vanskelige patienter kan betyde, at medarbejdere, der f.eks. ikke magter at sige fra, får den ’sure’ opgave. Medarbejderne lægger dog vægt på, at man bør undgå dette ved at reflektere over, hvorfor man undgår en patient. En årsag til, at man undgår en patient kan være, at denne type patient synliggør, at der er områder, hvor man fagligt set ikke har entydige svar. En sygeplejerske siger:

SYGEPLEJERSKE 2: Jamen det er også tit, hvor der er spørgsmål, hvor der er mange svar til. Det er jo ikke som en læge, der skal ordinere et eller andet. Det kan du slå op i en procedure, og så er det sådan. [...]

SYGEPLEJERSKE 1: Jamen det er rigtigt, det du siger, at det er noget med de der bløde værdier der [...] Det kan være nogle holdninger omkring nogle ting til forældrene og børnene, altså opdragelse kan det være. Hvordan de forældre der nu er i forhold til deres børn. Og der er vi altså også forskellige. Der er også forskel på, hvordan vi opdrager vores egne børn. Om det nu skal være på den håndfaste måde, eller om det skal være på den frie måde. Og derfor er der også forskel i vores måde at gå ind i samarbejdet med forældrene og børnene, og det kan vi jo ikke altid blive enige om (144-145, B1).

De ikke-entydige faglige spørgsmål kan bevirke, at medarbejderne kan komme i tvivl, om de har gjort det rigtige eller gjort nok. Frem for at undgå eller at overlade vanskelige patienter til andre lægger medarbejderne vægt på, at dele tvivl med kollegerne:

SOSU 2: Man får fremlagt sin sag, og man tvivler måske lidt selv på det, man har lavet. Så de spørgsmål, der kommer fra en kollega, de kan: *Nå ja, men det var måske slet ikke så dumt alligevel, du tænker den rette vej* [...] Jamen så fortsætter man, og får nogle nye indfald, til det man skal, men tit så bliver den: *Nå ja, men det er egentligt ok, det du har lavet*. Men man får fjernet sin tvivl ved at snakke med sine kollegaer [...] at vi gjorde, hvad vi kunne i den givne situation [...] det har noget at gøre med, at man får sine egne følelser lidt på plads. At man har gjort det optimale herfra.[...]

SYGEPLEJERSKE 3: Det er godt at få bekræftet, at vi gjorde det, vi kunne (62-69, B2).

Udover at dele tvivl oplever medarbejderne, at det er vigtigt at kunne arbejde professionelt ved at søge ny viden og ved at reflektere over sin faglige og personlige tilgang. De lægger vægt på, at man arbejder med egne fordomme, så de ikke hindrer, at man ser patientens behov. Det gælder i særlig grad i forhold til forældre med *sociale* problemer f.eks. misbrug. Dels kan der være tale om at få en særlig *viden* om, hvad patientens problemer består i, dels om at få en *fælles tilgang* til, hvordan man behandler dem (98-110, B2). Her oplever plejepersonalet, at der kan være forskel på de kompetencer, læger og plejepersonale har. De oplever, at lægerne kan være for afvisende overfor forældre, der er socialt belastede, hvis de ikke har et akut behandlingsbehov. Man kan sige, at de oplever det som et problem, hvis man i sin tilgang til patienter og pårørende *alene* ser på, om de er syge eller ikke syge (nok).

I *GYN-OBS* lægger medarbejderne også vægt på, at man kan træffe fælles beslutninger, men de taler i højere grad om, at det er vigtigt at kunne beslutte, hvem der skal behandles og ikke-behandles. På *GYN-OBS* er vanskelige patienter dem, der netop ikke er syge (nok), men som er i stand til at forhandle sig til en behandling. I modsætning til medarbejderne på Børneafdelingen oplever medarbejderne på *GYN-OBS*, at det er vigtigt at sætte grænser for og styre patientflowet. Hvis man ikke kan det, sker der det, en jordmoder kalder ”undergravende virksomhed”:

JORDMODER 2: Vi har nogle piger, som er meget mere ude og meget mere selvstændige og meget mere velargumenterende. Hvis der kommer nogle af dem og ligesom siger: *Nu gider jeg ikke være gravid mere, nu vil jeg bare have det afsluttet og for det andet, så har jeg så fire børn og skal have nummer fem, min mand skal rejse på mandag, så derfor vil jeg sættes i gang på fredag*, at så er der inden for systemet nogle, der lader sig overtale, hvor jeg tænker *nej, det kan de ikke være bekendt* [...] Det er undergravende virksomhed fordi, når jeg som jordmoder sidder og snakker med sådan en pige ude i konsultationen jamen altså, der er ikke nogen grund til, at vi sætter i gang, vel. Og når så vedkommende er velargumenterende og kommer til at snakke med en læge, som hun kan overtale, så tænker jeg *Nej, helt ærligt, ikke? Du undergraver fuldstændigt det, jeg har siddet og sagt* [...] og det er jo også det, vi er oppe

imod i dag, hvis det er, at hun var blevet sur på mig, og havde klaget over mig jamen, og lægen havde givet hende ret, jamen så kunne jeg have fået en påtale (188, R).

Af udsagnet fremgår det, at idealet om at gøre alt for patienterne medfører nogle ændrede arbejdsbetingelser, hvor spørgsmålet om, hvordan man skal prioritere bliver centralt. Medarbejderne kan opleve en usikkerhed med hensyn til, hvem der beslutter på hvilket grundlag, og de kan have en oplevelse af, at deres egne beslutninger bliver negligeret. Begge dele kan lede til psykisk pres og/eller en oplevelse af manglende sammenhæng.

Samlet set kan man sige, at problemet med at fastholde hhv. at begrunde og tage ansvar for ændrede beslutninger synliggør en mere grundlæggende problemstilling, der drejer sig om hvilke patienter, man oplever sig som kompetente i forhold til at håndtere. Vanskelige patienter er dem, der nødvendiggør eller efterspørger mere end en traditionel sundhedsfaglig begrundet behandling. Det er patienter, der fordrer eller kræver en behandling, der inddrager særlige *individuelle sociale eller følelsesmæssige behov*.

### 5.3.3 At arbejde med forskellige kompetencer

På *Børneafdelingen* oplever medarbejderne det som vigtigt at blive respekteret for de kompetencer, man har fået gennem ”mange års erfaringer”, så man føler sig ”sikker og godt tilpas” (88-92, B1). Blandt plejepersonalet er der en udpræget opfattelse af, at det er vigtigt at have *følelsesmæssige* kompetencer og at være åben om, at disse kompetencer ikke blot er professionelle, men også menneskelige kompetencer. I praksis betyder det, at man lægge vægt på, at kollegerne anerkender, at arbejdet påvirker følelsesmæssigt. Der er en forventning om, at man taler om følelser og drager omsorg for hinanden.

PÆDAGOG 1: Jamen altså, jeg havde lige en drøm i nat om ham, jeg er kontaktperson for. Så snakkede jeg da om i dag, hvad jeg drømte, for det var jo ikke så godt. Men det er klart, det gør man jo indimellem. Når man snakker om det, så er det jo ikke kun en selv, der gør det.

SYGEPLEJERSKE 2: Altså, vi tager da hensyn til, hvordan vi har det i forhold til hvilke patienter vi passer. Hvis vi har et barn, der er døende, eller der kommer en, der er kritisk syg. Hvis der så lige er en, der har oplevet noget i familien, hvor der er en, der er syg, jamen så skal de ikke lige passe familien. Vi tager selvfølgelig både hensyn til familien, men det er også af hensyn til personalet, for det er en belastning, hvis man skal ind i et forløb med et barn, hvor man kan se, at det barn ikke kan overleve. Det er da belastende. Og det kan også være, at der er en eller anden, der ikke har overskud til det en dag af en eller anden grund. Man synes det hele er lidt bøvet derhjemme. Og det er der plads til. At vi kan have forskellige tidspunkter, hvor vi synes, at vi ikke magter de ting der (336-37, B1).

En medarbejder, der kan tale om egne følelser og drage omsorg for andre, kan således forvente støtte fra kolleger, når de bliver berørt psykisk.

Denne betoning af følelsesmæssige kompetencer blandt plejepersonalet står nogle gange i kontrast til oplevelsen af det tværfaglige samarbejde med lægerne. En social og sundhedsassistent beskriver det således:

SOSU 1: Altså, jeg kørte også hjem i tirsdags og var rigtig gal, fordi jeg havde været med til en stuegang med en læge, som jeg simpelthen bare syntes var sådan en dårlig stuegang, fordi han havde en manglende indlevelse i den familie. Det er ikke noget nyt. Det er noget, vi oplever ret tit. Men det var bare alt for meget. Det endte med at mor og barn græd bagefter. Det var så forfærdeligt [...] Det må man sgu gøre noget ved. Og så tog vi det op i går, hvor jeg



sagde, at der må altså gøres noget. Det kan ikke nytte, at der er så mange forældre, der ikke er tilfredse, og at vi så ikke tager det op. For jeg synes også, at det smitter af på personalet, for vi er jo en del af lægegruppen. Så når de har en dårlig oplevelse med lægerne, så har de det også med os, og det er meget svært for os at samle op igen og skabe tillid igen (338, B1).

Konkret drejer det sig om måder, man samtaler med forældre om deres børn og om de formuleringer, der bliver anvendt. Ofte sker det i forbindelse med den svære samtale, der kan have følelsesmæssige konsekvenser for forældre og børn. Plejepersonalet oplever, at det kræver en del omsorgsarbejde at få ”reddet trådene ud” efter disse situationer, og at det påvirker dem psykisk. Ligeledes opfatter de det som et kompetencespørgsmål. I forhold til børnene oplever plejepersonalet, at de har en særlig kompetence: ”vores” børn, siger en medarbejder (93-96, B1).

Når sådanne tværfaglige kompetenceforskelle opstår, finder medarbejderne det vigtigt, at der bliver givet feedback, så man får udvekslet synspunkter. På den ene side ser medarbejderne, at der er mulighed for at give feedback. På den anden side finder de det svært at gøre i praksis. Det er svært at turde give faglig kritik. Det bliver nemmere, hvis man kender hinanden og er trygge ved hinanden, men det har også en betydning, om man oplever sig fagligt sikker nok eller har et alternativ:

SOSU 2: Hvis nu man skal gå ind i en diskussion med en anden [...] Man skal være rimelig sikker på sin egen mening. Og nogle gange kan man godt synes *nej, det er ikke helt rigtigt. Men har jeg et andet forslag til, hvordan det skal løses?* Og det synes jeg jo ikke altid, at man har. Så ved man bare, at det her ikke er rigtigt. Men hvad var det så lige, vi skulle have gjort i stedet for? Hvis nu man ved med sikkerhed, det her, det skulle vi ikke have gjort. Vi skulle have gjort det her. Så tør jeg sige det til lige meget hvem, det skal være, uden at blinke. Men der kræver det jo også, at man selv ved helt præcist, at det er forkert, og hvis man havde gjort sådan og sådan, så havde man fået et bedre resultat. Og nogle gange, der ved man jo ikke, hvad man vil, men man ved, at det er ikke rigtigt. Der synes jeg også, at det gør en forskel i forhold til, om man tager det op, om man er sikker på sin egen vurdering, ikke (170, B2).

Faglig usikkerhed eller tvivl gør det således sværere at give og at håndtere faglig kritik på en konstruktiv måde, og det synes sværere i tværfaglige situationer. Plejepersonalet er klar over, at der er et problem, man selv har en andel i og må arbejde med f.eks. ved, at man husker at rose og at anerkende hinanden i dagligdagen.

PÆDAGOG 2: Jeg synes også, at det betyder så meget, når man får at vide, *Jamen du er sørme så god til det der. Det skal vi have dig til at gøre, for det er DU så god til.* Og det skal man jo også selv huske at sige til de andre og få det frem, fordi man jo mærker selv, hvordan man vokser af det, og hvordan man tænker *Hold da op. De synes stadigvæk, at jeg er god til det.* Det trænger vi jo alle til, at få det skulderklap (33, B2).

Udsagnet tyder på, at der også kan være en knaphed på faglig ros og anerkendelse.

I GYN-OBS lægger medarbejderne også vægt på, at der er tillid til de kompetencer og erfaringer, de har. De oplever, at det er vigtigt, at der er respekt for deres faglige vurdering og finder det problematisk, hvis andre stiller spørgsmål på en måde, hvor man kommer til at føle sig inkompetent. En sekretær udtrykker det således:

SEKRETÆR 1: En respekt for andres arbejde og ens eget arbejde. At andre ligesom respekterer, det er dit felt, og det er dit felt, og det er dit felt [...] så de ikke kommer ud og siger, *Jamen du kan heller ikke noget* [...] Jeg kan noget andet så måske, ikke (66-70, R).

I praksis skyldes det, at medarbejderne ofte er afhængige af andres faglige vurdering og at vurderinger ikke altid er sikre, hvilket en jordmoder og en overlæge reflekterer over:

JORDMODER 1: Nu har der været så meget omkring de CTG'er, og de ringe, de breder sig lidt til usikkerhed, for er det nu godt nok, det vi gør? Og har jeg nu det hele up to date? Så er det bare vigtigt, selvom man måske godt ved dybest set, den er i orden, men jeg er i tvivl, og jeg har brug for at få lagt min tvivl væk fordi, den skal ikke blive større, eller den skal i hvert fald handles på, ikke. At man bliver mødt der.

LÆGE 1: Hvis man gør det, så falder det niveau, hvor man føler sig i tvivl [...] Fordi niveauet handler blandt andet også om, *jeg synes, det er godt nok, men synes de, der vurderer mig også, at den er god nok?* Så måske mere end det egentligt er en rent faglig diskussion, men nu pludselig, altså har vi de samme synspunkter på de samme ting? [...] Fordi man kan sige, nu lige præcis CTG'en, den kurve man tegner over hjertet, over den lilles hjertelyd sammen med nogle veer og sådan nogle ting. Og det er jo ikke bare sådan, at man siger 1 og 1 er 2. Nej, det er jo en vurdering af nogle ting. Og det vil sige, at det kan godt vurderes lidt forskelligt. Og når man har et længere løb, alle ved jo, hvis man har resultatet, hvis det er gået galt, så kan alle sige *jamen det var det*. Så kan man kigge tilbage og sige: *du er en idiot. Hvordan kunne det være rigtigt, det der?* Mange af de ting der, de kan jo vurderes lidt forskelligt (82-90, R).

Sygeplejersker og jordmødre har en oplevelse af, at det er tilladt at diskutere vurderinger med andre i samme faggruppe, og at det bidrager til, "at man bliver mere sikker". Denne sikkerhed har stor betydning, ikke mindst fordi risikoen for "en sag" fylder (107-108, 110, R). Denne sensitivitet overfor, at patienter kan klage over behandlingen, er mere udtalt på GYN-OBS. Noget tyder på, at det lægger et særligt pres på medarbejderne. F.eks. taler medarbejderne på GYN-OBS mere om, hvad man bør gøre, hvis der sker fejl, og hvis en sådan hændelse synliggør faglige forskelle:

LÆGE 1: Jeg synes sådan generelt, at vi personalemæssigt har et utroligt godt samarbejde [...] [Men], hvis man vurderer nogle ting anderledes, end de fleste vurderer, så har man et problem. Lad os nu sige, at man gør det, hvordan er det så, at man håndterer det problem for den pågældende, som kommer ud i sådan en situation. Er det så sådan, at man hjælper vedkommende igennem? Vender man ryggen til vedkommende? Det synes jeg også er væsentligt, for hver enkelt har jo en betydelig grad af faglig stolthed. Og det kan jo godt være, at man i nogle situationer kan vurdere tingene lidt forkert. Og så mener jeg egentligt, at man har lidt behov for, at nogen måske hjælper en igennem det. Det må afdelingen være stor nok til, at man hjælper hinanden. Og det er der, hvor det der med dolkning kommer ind, at dolke hinanden. Alle kan sige grimme ting om hinanden, hvis det var det, det gik ud på. Det mener jeg giver et dårligt, dårligt miljø (95, R).

Af udsagnet fremgår det, at det opleves som vigtigt for det psykiske arbejdsmiljø, at man kan stole på, at kollegerne vil hjælpe og ikke udnytter ens sårbarhed til at "dolke" en. I praksis handler det som på Børneafdelingen om, hvordan man diskuterer faglige synspunkter, og om man kan give feedback uden at såre.

SYGEPLEJERSKE 1: Det handler jo meget om kommunikation, men også om måden man vender tilbage og siger, *det ville være godt*, eller *det synes jeg vi skulle have gjort* (244, R).

### 5.3.4 Anerkendelse og tillid

På *Børneafdelingen* oplever medarbejderne, at der skal tillid til, for at man kan udvikle sig fagligt i en verden, hvor der ikke altid er entydige svar, og hvor det tværfaglige samarbejde udfordrer egne kompetencer. En social og sundhedsassistent siger om tillid:

SOSU 2: Det gør i hvert fald, at man bliver mere dygtig. Man bliver modig. Man tør godt begive sig ud i nogle opgaver, som måske godt kan være svære, fordi man, hvis man ikke kan finde ud af det, så kan man altid komme og snakke med sin kollega [...] Det er den der tryghed, [hvis der er] et eller andet sådan *ahhhh*, så kom der nogen og hev én i land [...] det er nok sådan, man har det, når man har det trygt på en arbejdsplads. At man aldrig falder helt i vandet, før man ved, at de vil fange en igen (24, B2).

Udsagnet viser, at udvikling af professionelle kompetencer i høj grad opleves som noget, der afhænger af kollegiale forhold og vedrører noget personligt for den enkelte. Hvis medarbejderne har tillid til, at kollegaerne støtter, når noget er svært, fører det til en positiv cirkel, hvor de tør vise eller bringe sig selv i situationer, hvor de ikke ved alt. Flere medarbejdere taler om, at det tager lang tid at skabe den tillid, der gør, at man kan vise, at man ikke er fuldkommen kompetent.

I praksis har tillid at gøre med, om man som medarbejder kan give og modtage professionel kritik. Dette kræver, at man kan skelne mellem det personlige og den professionelle rolle, så man undgår at blive uvenner:

SYGEPLEJERSKE 3: Jamen, det har noget med tryghed at gøre, det er jo det. At kunne gøre det uden at blive uvenner [...] at kunne forholde sig sådan rent fagligt eller professionelt til det og så diskutere de holdninger, vi har (153, B2).

Det svære er dog, som udsagnet viser, at den professionelle kritik kan opleves som en personlig kritik. Det kan, fordi den professionalitet, som kræves, *også* fordrer personlige kompetencer og en *personlig* evne til at forandre sig selv og sin egen professionelle rolle. På *Børneafdelingen* tillægger man det en positiv værdi, at man udvikler sin ekspertise i dialog med andre. Dilemmaet består i, at en sådan dialog kan fremhæve, at der er forskel på, hvad man kan, og at nogle måske kan noget mere end andre. Barrieren består i at kunne give professionel kritik og at kunne synliggøre professionelle forskelle, uden at det forekommer som en mistillidserklæring.

På *GYN-OBS* taler man også om, at det er vigtigt, at man har tillid til, at det, man gør, bliver anerkendt af andre. Som en overlæge siger: "Det skal ikke være sådan, at man risikerer at blive overfaldet fra en eller anden side" (33, R). Men modsat *Børneafdelingen*, hvor medarbejderne oplever det som positivt, at man udvikler *ekspertise*, taler medarbejderne på *GYN-OBS* om, at de skal udvikle sig væk fra at være "autoriteter i hvide kitler":

JORDMODER 1: [...] at vi udvikler os fagligt videre. At vi fornyer os. At vi følger med den udvikling, der er. Altså, mennesket har jo forandret sig meget igennem de sidste 15-20 år [...] altså fødekvinde har en helt anden indstilling. De er nogle andre mennesketyper, så vi skal leve op til nogle krav fra nogle mennesker, som er helt anderledes end tidligere. Og det kræver jo også, at vi følger med sådan rent fagligt og også psykologisk set og teknisk set, og det mener jeg er enormt vigtigt i forhold til et psykisk arbejdsmiljø, at vi også følger med som in-

stitution. At det ikke bare er samfundet ude omkring, der udvikler sig. At vi bare bliver holdt fast i vores autoriteter med de hvide kitler fordi, det kan vi slet ikke mere (154, R).

Medarbejderne oplever, at de skal følge med en udvikling, der kræver, at de har "anderledes" kompetencer. Som fagpersoner skal de kunne håndtere en anden "mennesketype" nemlig individer, der forventer en særlig individuel service, og hvis tillid ikke kun opnås via en sundhedsfaglig vurdering. Man kan sige, at de kompetencer, der fordres, er sociale og følelsesmæssige kompetencer, der kan skabe tillid.

## 5.4 Lederen - stabil forandringsagent

Medarbejderne i begge enheder oplever, at lederen spiller en vigtig rolle, hvis det psykiske arbejdsmiljø skal være godt. En leder er "katalysator" for den "stemning", der er. Derfor er den måde, en leder forvalter sin lederrolle på, vigtig for det psykiske arbejdsmiljø. En dårlig leder er "gyseligt og forfærdeligt" og utrygt (140 B1, 117 R).

Medarbejderne i begge enheder ser lederen som en rollemodel. Lederen er ikke leder alene i kraft af sin position, men i kraft af sin personlige autoritet, "facon" og evne til at spejle medarbejderne (117, R). Her er det kendetegnende, at medarbejderne i begge enheder lægger vægt på, at forholdet mellem den nærmeste leder og medarbejdere er på "niveau". Som medarbejdere ønsker de ikke en "position", der er betinget af, om man er "høj" eller "lav" men af, at man er "en del af et eller andet og med nogle opgaver, man synes er vigtige for en selv". Dvs. en position, der dels er bundet af funktionen, dels er en *individuel* begrundet position. Ligesådan er en god leder ikke en person, der bare vil op i "graderne" eller bare "sidder der med sit papirarbejde". Lederen skal netop have en *personlig* autoritet (20, 65, B1, 57, 117, 122, 125-26 R). På det grundlag, synes man, at det er i orden, at ledere træffer beslutninger og bestemmer lidt "firkantet" (101, B1).

På *Børneafdelingen* lægger medarbejderne vægt på, at lederen, ligesom kollegerne, har tillid til, at den enkelte medarbejder kan træffe kompetente beslutninger. Lederen skal kunne uddelegere opgaver og ansvar, så medarbejderne oplever, at de får lov til at bestemme, får et medansvar og nogle udfordringer. Lederen må godt beslutte, at der skal ske ændringer og sætte ting i gang, så der "hele tiden kommer nye opgaver til", men medarbejderne lægger vægt på, at det skal ske i samarbejde og i enighed med personalet. Hvis en leder er for uenig med personalet, har man erfaringer med, at det ikke går. Resultatet kan blive, at lederen må rejse. Lederen skal ikke dirigere, men være en "inspirator", der kan skubbe personalet til f.eks. at deltage i nye ting. Samtidig skal der ikke hele tiden ske nye ting. Lederen skal også være en "stabil person", der har en "stationær mening" om, hvordan der skal ledes (60, 64, 314-15, B1):

SYGEPLEJERSKE 1: Det kan jo ikke gå, at du har en leder, der kommer den ene dag og så lige sætter 20 ting i gang, og så kommer hun næste dag og siger *nej, det var vist ikke lige en god ide. Det stopper vi lige igen* (64, B1).

Man kan sige, at lederen skal kunne skabe en *stabil forandring*. Og for at kunne dette, oplever medarbejderne på *Børneafdelingen*, at det er vigtigt, at lederen kan skabe tryk og respekt på et afsnit og i forhold til den individuelle medarbejder. De lægger vægt på, at lederen er lydhør, loyal, og udstråler en tillid, der gør, at man kan være *fortrolig* med vedkommende. En leder, der ikke kan det, ville opleves som en person, der ville

”begrænse meget” i forhold til det psykiske arbejdsmiljø og som et symptom på, at en afdeling fungerer ”generelt dårligt”. Hvis der er problemer, lægger medarbejderne også vægt på, at lederen tager det ”alvorligt” ved i praksis at gøre noget ved problemerne (61, 137, 185, 307, 312 B1, 258, B2).

Hvis lederen kan alt dette, får lederen medarbejdere, der har en stor loyalitet og ansvarsfølelse. Dette er også medarbejdere, der ikke altid oplever, at de behøver at gå til lederen med problemer. Ligesådan er det medarbejdere, der godt kan se, at (nærmeste) ledere kan være magtesløse og uden handlemuligheder. Det gælder f.eks. i forhold til de fysiske rammer og de økonomiske ressourcer. I forhold til ledelsen uden for det enkelte afsnit, lægger medarbejderne vægt på, at de ikke bare er ”et nummer i flokken” og bliver ”værdsat” (200, B1, 258, 321, 338 B2). En sygeplejerske udtrykker det således:

SYGEPLEJERSKE 5: Og jeg føler mig mere værdsat som medarbejder her [...] Det er en meget mindre organisation [...] I starten hvor jeg startede her, der sagde folk goddag nede i gangen, og jeg tænkte, *kender du mig? Nå nej, man siger bare goddag*. Det giver noget tryghed” (321, B2).

I GYN-OBS lægger man også vægt på, at lederen er i stand til at planlægge fleksibelt. Men hvor medarbejderne på Børneafdelingen lægger vægt på uddelegering, ansvar og medbestemmelse, lægger de her mere vægt på, at lederen er en rolig person, der styrer og tager ansvar. En jordmoder udtrykker det således:

JORDMODER 1: Den, der sidder på den stol der, skal styre skibet godt og sikkert over bølgerne [...] Og det er guld værd, at have en, der har roen, fordi al ting bliver på en helt anden måde, end hvis det er en, der farer op, og ud og råber og kalder. Den person, der har overblikket og rumfanget (117, R).

Udsagnet er et eksempel på, at medarbejderne på GYN-OBS i særlig grad betoner vigtigheden af, at lederen er en stabil forandringsagent.

Lederen skal, ifølge medarbejderne på GYN-OBS kunne styre på en ”fair” måde. Frem for medansvar taler medarbejderne om *retfærdighed* og om, at lederen skal være en person, man kan konfrontere, hvis man føler sig uretfærdigt behandlet. Her lægger medarbejderne også vægt på, at lederen har menneskelige kvalifikationer og er en lydhør person. Men frem for at tale om, at lederen skal være fortrolig med den enkelte medarbejder, taler de om, at lederen skal ”tage hånd om alle i afdelingen” og sikre ”fælles holdning”. Kan lederen det, kan vedkommende få medarbejderne ”til hvad som helst”, og de kan se, at ledelsesrollen kan være ”det mest hæslige sted at være” (117, 129, 249 R).

Medarbejderne på GYN-OBS har ikke altid en oplevelse af, at ledelsen uden for det enkelte afsnit er synlig. Medarbejderne udtrykker det således:

SEKRETÆR 1: Og det er det samme med informationen. Det, synes jeg nok, er det, der mangler her i huset. Informationen oppe fra og ned med nye tiltag. Det, synes jeg, påvirker mig meget psykisk, at man får det at vide to timer før, man skal næsten være der, eller to timer før man skal lave det [...] det er utrygt egentligt ikke at vide, hvad der sker i huset.

JORDMODER 2: Men også hvad er visionerne i fremtiden. Hvad skal vi hen imod ikke?

SEKRETÆR 1: Og så lære noget af det, der er sket i de sidste to år, og så se, om vi ikke kan gøre tingene lidt bedre. Det halter rigtigt, rigtigt meget (41-43, R).

En overlæge siger om afstanden mellem medarbejdere og ledelsen:

LÆGE 1: Jo højere man kommer op, jo mere bliver der, om man så må sige, fordi man, om man så må sige har kontakt til nogle andre ledere, og de er jo måske også lidt isolerede i sådan nogle ting, så hvis man ikke er en del af afdelingen og snakker med de medarbejdere, der er, og fornemmer det, der foregår, jamen så mister man også den der fingergefühl, og så får man det svært som leder (132, R).

Det, der går tabt, er ”helheden” (133-134, 138-152, 253, 317-320 R).

## 5.5 Den usynlige medarbejder

Medarbejderne i begge enheder ser indimellem tegn på, at der er kollegaer, der ikke har det godt. Når det sker, giver det anledning til eftertanke. På den ene side har medarbejderne en antagelse om, at deres arbejdsplads er rummelig set i forhold til private virksomheder. Som en pædagog på Børneafdelingen udtrykker det: ”Vi har jo plads til alle ikke, uanset hvor effektive eller hvor lidt effektive” (311, B1). Samtidig oplever de, at der er kolleger, der må holde op, fordi de ikke magter arbejdet. I de tilfælde giver det anledning til snak. En sygeplejerske på *Børneafdelingen* beskriver det således:

SYGEPLEJERSKE 1: Man bruger jo meget tid på at analysere, hvordan det nu kommer så vidt. Men der er jo ikke nogen, der har løsningen på det. Det sker ikke så tit, men det sker jo [...] det er både nogen, der har det skidt, hvor det er psykisk, eller det er fysisk, men det hænger jo sammen. Det, som er fysisk, kan godt gå over til at blive til noget psykisk. Og så har vi da prøvet det nogle gange, at de skal i arbejdsprøvning, og de skal være der nogle timer, og det er vi ikke gode til [...] Det er jo sådan vi ser, at det bliver fordi, så har de en eller anden fysisk ting, der gør, at de ikke kan klare at være på arbejde 8 timer om dagen, og de skal komme ind og være der måske 4 timer, og det er virkelig svært i sådan et meget effektivt miljø som vores, at have sådan nogle personer, der ikke har nogen opgaver. Der er en helt masse ting, som de ikke må på grund af deres skavank, så til sidst der føler de sig ikke som en del af afdelingen mere. De er ikke sådan helt accepteret. De er ikke helt fuldt personalemedlem fordi, de kommer og går sådan lidt. Og så tror jeg det går over og bliver en kombination med noget psykisk (325-327, B1).

Medarbejderne oplever, at den største barriere i forhold til at gøre noget i en proces, hvor man kan se, at en person får det dårligt psykisk, er, at det er meget ”følelsesladet”. Problemet er ikke at se det, f.eks. ved ”kropssprogsaflæsning”, men at få gjort noget ved det (306-307, B1). Det følelsesladede består måske ikke kun i, at det er følelsesladet for den, der har det dårligt. Det følelsesladede består måske også i, at selvom der er et ideal om, at der er plads til alle, kræver kulturen i praksis, at man kan fungere på en særlig effektiv måde for at være et ”fuldt personalemedlem”: Man skal kunne magte at hjælpe, når det er nødvendigt og kunne honorere kravet fleksibilitet. Hvis en medarbejder ikke kan det, er der en risiko for, at vedkommende ikke bliver accepteret på lige fod og dermed heller ikke har mulighed for at markere sig fagligt og personligt. Her ser medarbejderne, at der er kolleger, der er mere stille end andre. En sygeplejerske siger f.eks.:

SYGEPLEJERSKE 1: Altså, der er nogle, der simpelthen kapitulerer. Der er altid nogen, der har sværere ved at få tingene sagt og bliver overrendt af dem, der er mere rappe i replikken. De tager det ikke op, fordi de er bange for, at de ikke får deres budskab igennem. Sådan er det også (272, B1).

Medarbejderne vurderer, at der er mulighed for at gøre noget for at synliggøre de mere usynlige medarbejdere. En af medarbejderne fremhæver den trivselsundersøgelse, der er blevet lavet på sygehuset. Vedkommende vurderer, at undersøgelsen kan bruges til at få diskuteret trivslen i afsnittet. Det svære er ikke at se, at nogen er mere stille og måske har det dårligt. Det svære er at få kommunikeret om det socialt, og her vurderer medarbejderen, at undersøgelsen kan bidrage til, at det sker.

Medarbejderne i GYN-OBS oplever også, at det er vigtigt at få kommunikeret om det, hvis der er nogle, der ikke trives eller har problemer i arbejdet. Nogle af medarbejderne har erfaringer med at vide, at nogen var utilfreds med noget, samtidig med at de ikke har kunnet se, hvem det var, og hvad problemet bestod i. Dette bidrog til ”skyllerumssnak” og til utryghed (319-338, R). Nogle vurderer, at en barriere for at få synliggjort sådanne forhold er, at der er for travlt, og at man derfor ikke ser hinanden (291-93, R).

## 5.6 Aktører i arbejdsmiljøarbejdet

I *Børneafdelingen* er der forskellige oplevelser af sikkerhedsarbejdet. Nogle medarbejdere ved ikke, hvem der er sikkerhedsrepræsentant. Deres forventning er, at en sikkerhedsorganisation tager sig af de fysiske rammer, men ikke af det psykiske arbejdsmiljø. Om det fysiske arbejdsmiljø siger en sygeplejerske:

SYGEPLEJERSKE 1: Jamen vi oplever heller ikke, at vores sikkerhedsorganisation, de har nogen pondus i den sammenhæng. Altså, vi har jo vores fysiske rammer, som er under al kritik, som vi har prøvet flere gange. Der har vi ingen oplevelse af, at der er nogen, der hjælper os. Så det er vel mere der, at jeg tænker på en sikkerhedsrepræsentant. Jeg har ikke nogen oplevelse af, at de har noget, de kan gøre med, vel [...] altså vi har en medicinstue, som overhovedet ikke lever op til de krav, der skal til, for det vi skal gøre, men der sker ingen ting [...] Vi skal sandelig holde tungen lige i munden, hvis vi ikke skal komme til at blande sprøjterne og komme til at blande forkert [...] og der har vi da efterlyst, at vi skal have nogle meget bedre fysiske rammer, men der sker nok ikke noget før den dag, vi kommer til at give en patient noget forkert medicin. Så der har vi egentligt ingen oplevelse af, at der er nogen, der kan hjælpe os vel. Det ligger ikke engang i vores afdelingssygeplejerskes kræfter. Det ligger langt ud over vores oversygeplejerske (196-200, B1)

Medarbejdere, der har denne oplevelse, mener, at de har gjort noget selv f.eks. ved at henvende sig til ledelsen på forskellige niveauer, men de har en oplevelse af, at det ikke virker. Disse medarbejdere har samtidig en oplevelse af, at sikkerhedsorganisationen er utydelig og ved ikke hvordan, den kan anvendes. De tvivler på, at sikkerhedsorganisationen kan tilbyde noget i forhold til det psykiske arbejdsmiljø og vurderer, at hvis de fik det dårligt psykisk, ville de bruge tillidsrepræsentanten. Men heller ikke alle ved, hvem deres tillidsrepræsentant er. Disse medarbejdere ser heller ikke MED-organisationen som en aktør i forhold til psykisk arbejdsmiljø (208, 356-362 B1, 333-4, B2).

Andre medarbejdere kender til sikkerhedsrepræsentanterne og MED-udvalgene LMU og CMU, men de oplever ikke, at det er nogle organer, der fylder i den daglige praksis. En medarbejder reflekterer over dette:

SYGEPLEJERSKE 3: Men det kan så også være, at det er fordi, vi ikke oplever de store problemer med psykisk arbejdsmiljø, at vi ikke tænker, hvem kan hjælpe os i forhold til det. Fordi så kunne det da godt være, at tanken var faldet på et af de her udvalg eller sikkerhedsrepræ-

sentanter [...] hvis vi havde siddet i en afdeling, der var blevet berørt af lukninger og sammenlægninger og flytninger, så tror jeg vi havde brugt det (331, 341, B2).

Dvs. at medarbejderne ser MED-udvalget som noget, der kan have en nytte i forbindelse med større forandringsprocesser på sygehuset, men også som en organisation, der måske ikke har en relevans, før der opstår et egentligt problem.

I *GYN-OBS* oplever medarbejderne i mere udpræget grad, at den formelle organisation er utydelig. De har en fornemmelse af, at der har været arbejdet med psykisk arbejdsmiljø blandt lederne, men ved ikke hvad det har gået ud på. De synes, at der er brug for mere fokus på psykisk arbejdsmiljø: ”hvad det er for nogle ting, der påvirker. Og at man så gør noget ved det” (52, R). To sekretærer udtrykker det på følgende måde:

SEKRETÆR 1: Ja, for man har lavet utroligt mange ting igennem de sidste ti år med små ting, med små grupper, der blev lavet og så skulle man lave det og det arbejde, og så blev det og det lavet og store manualer, og så bliver det færdigt, og så er det det. Der bliver aldrig nogen opfølgning på det. Der er mange, der siger, *nå skal vi nu i gang med noget gruppearbejde igen*. Så er det bare spild af tid. Så når vi er færdige med det, så bliver det bare lagt hen i en bunke. Sådan nogle ting skulle man måske i fremtiden gøre lidt mere ud af. Ikke bare, at man laver en masse teoretisk, men at man prøver at bruge det i praksis. At få det lidt mere ud

SEKRETÆR 2: Måske færre ting ad gangen. Jeg synes i hvert fald, at der bliver sat rimeligt mange nye skibe i vandet hele tiden [...] Man kan dårligt nok nå at følge med. *Hvad skete der dér? Hov nu skal vi i gang med noget nyt*. Det er måske derfor, der ikke bliver fulgt op

SEKRETÆR 1: Det kan man måske godt forestille sig. At der er for mange bolde i luften på en gang. Og så får man ikke gjort tingene færdige (373-384 R).

Nogle medarbejdere oplever således, at de initiativer, der sættes i værk for at forbedre arbejdsmiljøet, mangler relevans for og opfølgning i det praktiske arbejde. De vurderer, at der hele tiden bliver igangsat nye ting, og at det er svært at opleve en kontinuitet i indsatsen. Projekterne bliver som bolde, der kan tabes på gulvet.

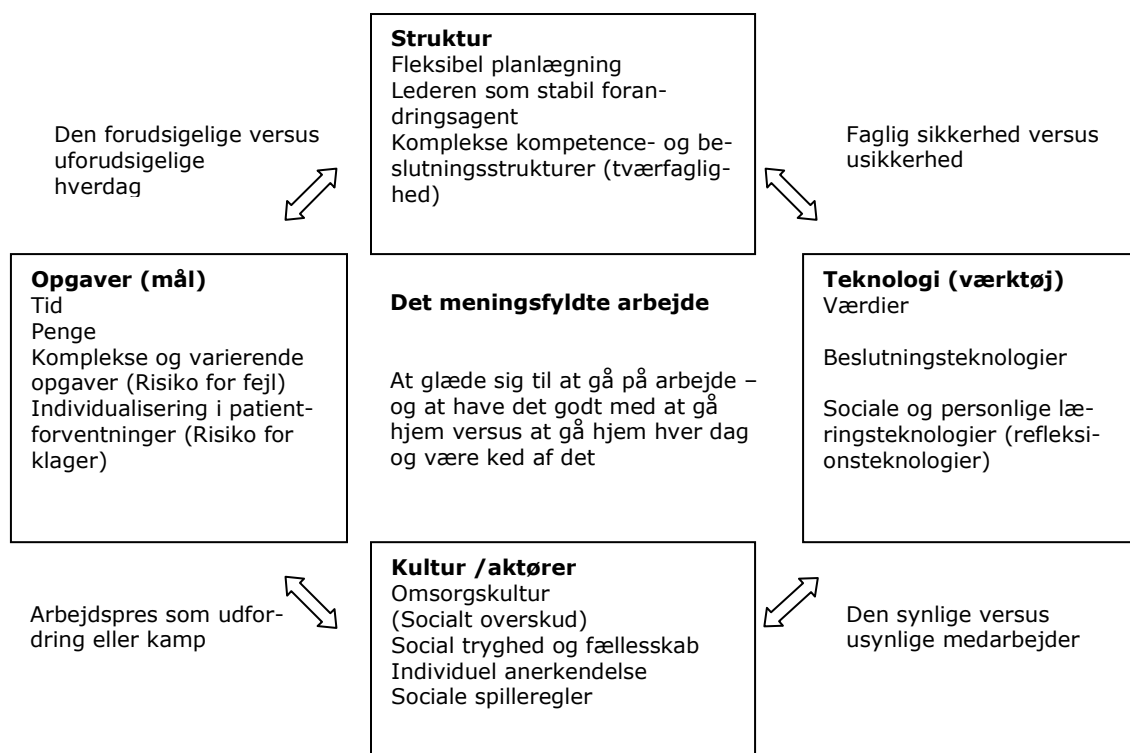
## 5.7 Indsatsen overfor medarbejdere

I dette afsluttende afsnit skal vi forsøge at anvende medarbejdernes oplevelser til at præcisere generelle barrierer og muligheder for at styrke opmærksomheden, engagementet og prioriteringen af arbejdsmiljøet i praksis. Vi skal også forsøge at opstille anbefalinger for BARSoSus indsats overfor denne målgruppe.

### 5.7.1 Temaer i psykisk arbejdsmiljø

Medarbejdernes oplevelse af det psykiske arbejdsmiljø angiver nogle forhold, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø såvel som barrierer og muligheder for at gøre noget for at forbedre det:





Medarbejdernes oplevelser af de forhold, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø, afspejler en række træk ved den *organisatoriske* kontekst. Disse træk og deres konsekvenser kan beskrives som følgende:

*Opgaverne* bliver mere komplekse, og der bliver flere af dem samtidig med, at der ikke opleves en væsentlig ressourcetilførsel. Håndteringen af kerneydelser sker i et krydspres mellem *på den ene side* politisk-økonomiske forventninger til effektivitet og kvalitet i den individuelle behandling samt håndteringen af særlige 'vanskelige' patientkategorier og *på den anden side* forventningen om at give en ensartet og god behandling begrundet i faglige hensyn. En manglende håndtering af dette krydspres kan bevirke, at helheden - målene med behandlingen og det meningsfyldte i arbejdet – bliver svært at fastholde. Dette kan lede til stress og øger betydningen af såvel lederens som medarbejdernes evne til at strukturere arbejdet, så organisationen og medarbejderne oplever, at arbejdsopgaverne løses godt.

*Strukturen* i organisationen er dels præget af en funktionelt begrundet struktur, der organiserer specialer og professionelle kompetencer, dels en hierarkisk struktur knyttet til ledelse. Individualiserede patientforventninger og idealet om at imødekomme den individuelle patients forskelligartede behov sætter denne struktur under pres. Strukturen får en mere polycentrisk karakter, som klart kommer til syne i fordringen om fleksibel planlægning og forventningen om lederen som en person, der repræsenterer stabiliteten i en organisation, hvor forandringer sker hele tiden på mange niveauer og områder. Den fleksible planlægning medfører, at traditionelle professionelle og ledelsesmæssige kompetencer udfordres, og den stiller krav om nye former for ekspertise, der i høj grad er bundet til den enkelte medarbejders evner og kompetencer.

*Teknologierne* er kendetegnet ved, at de sigter på at skabe en fleksibel stabilitet. I takt med at individuelle patienthensyn bliver toneangivende, får mødet mellem den individuelle frontmedarbejder og patienten en øget betydning. Samtidig og derfor søges organisationen formet, ved at der efterspørges ens forventninger til adfærd dels i forhold til patienterne, dels kollegerne imellem. De teknologier, der efterspørges er værktøjer, der sigter på at tydeliggøre organisationen uden at binde den for 'stramt'. Dvs. værktøjer, der strukturerer og organiserer arbejdet på en fleksibel måde. Det drejer sig om værdier, beslutnings- og læringsteknologier, der ikke angiver en rigtig løsning, men holder muligheden for diskussion og refleksion op som en konstant mulighed. For den enkelte medarbejder betyder det, at viljen og evnen til faglig forandring bliver et vilkår i arbejdet. Det får her stor betydning, om man som medarbejder kan indgå i et samspil med andre fagligheder, hvor man tør vise, at man er inkompetent, så man stadig – og måske netop af den grund – opfattes som kompetent. Som medarbejder må man i høj grad kunne udsætte sig selv for andres blik. Det betyder samtidig, at de medarbejdere, der ikke kan dette, risikerer at andre mister tilliden til dem som kompetente medarbejdere.

Individualiserede patienthensyn og det forhold, at organisationen i højere grad er betinget af den individuelle medarbejders kompetencer og beslutninger kan få den betydning, at presset på den enkelte medarbejder øges. *Kulturelt* set søges dette håndteret gennem en omsorgsdiskurs, hvor der lægges vægt på medarbejdernes *gensidige* opmærksomhed på og anerkendelse af hinanden som individuelle personer, der ikke kun er 'medarbejdere' men også 'forældre', 'partnere' eller ganske enkelt 'personer'. Gevinsten ved dette er opbygningen af et socialt overskud, der bevirker, at den enkelte kan opnå støtte til at håndtere det at indgå i et fleksibelt arbejdsliv og stadig have det godt med at gå hjem. Samtidig øger det betydningen af, at medarbejderne har vilje til og er i stand til at vise, hvem de er som personer inden for rammerne af, hvad der kulturelt set er acceptabelt. Dvs., at der kommer et øget fokus på adfærd og væremåder og på, at man som person, kan indgå i et socialt samspil. Konkret har det betydning for, om man kan opnå hjælp og støtte, hvis man oplever et arbejdspress. Det betyder, at de medarbejdere, der ikke kan, vil eller har mod til at vise, hvem de er eller ikke kan vise det på en måde, der er accepteret kulturelt, kan få svært ved at få støtte, når de ikke magter fleksibiliteten.

I forhold til psykisk arbejdsmiljø *kan* ovenstående forhold føre til et øget psykisk pres, hvor der er risiko for at nogle medarbejdere:

- Oplever deres arbejdsindsats som meningsløs eller utilstrækkelig, fordi de ikke kan magte kravet om fleksibilitet
- Oplever, at de ikke kan udføre deres arbejde på kompetent vis og ikke magter kravet om at forandre sig selv fagligt og lære noget nyt
- Oplever, at de ikke kan opnå den støtte og opbakning, der skal til for at bryde den onde cirkel, fordi de enten ikke magter at gøre sig synlige som personer og derfor heller ikke bliver gjort synlige som personer, der har behov for hjælp og støtte.

På den måde kan det pres, der hviler på organisationen, i sidste ende komme til udtryk som symptomer på individ-niveau i form af medarbejdere, der oplever sig som *stressede* og *fagligt utilstrækkelige*. I en sådan organisation *kan* tryghed og tillid overskygges af usikkerhed og mistillid til andre. Selve det at gøre det synligt, at der er personer, der har særlig behov for hjælp og omsorg, kan være angstprovokerende.

Hvis man ser på de to enheder Børneafdelingen og GYN-OBS kan man sige, at der på GYN-OBS i højere grad forekommer oplevelser af, at arbejdet er uforudsigeligt og usikkert, og at dagligdagen er en kamp om at nå opgaverne.

### 5.7.1 Barrierer og muligheder for en indsats

Ud fra analysen af medarbejdernes oplevelser og ovenstående refleksioner kan man sige, at barriererne for at gøre noget for at øge opmærksomheden, engagementet og prioriteringen af arbejdet med at forbedre det psykiske arbejdsmiljø *i og af organisationen* befinder sig langs tre dimensioner:

- Manglende oplevelse af handlemuligheder i forhold til at skabe stabilitet i det fleksible arbejde (kompensere for knaphed på tid)
- Manglende oplevelse af handlemuligheder i forhold til at skabe stabilitet i egen faglighed (kompensere for krav om forandring)
- Manglende oplevelse af at kunne handle *tidligt nok* i forhold til medarbejdere, der ikke er i stand til at magte det, der forventes, dvs. manglende oplevelse af at kunne skabe et socialt miljø, hvor det er muligt at kommunikere om manglende trivsel.

Hvis man ser på Børneafdelingen og GYN-OBS, er det kendetegnende, at medarbejderne i de to enheder har forskellige oplevelser af, hvilke handlemuligheder de har i forhold til at påvirke de vilkår i arbejdet, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø. Det er kendetegnende, at medarbejderne på Børneafdelingen spontant nævner indsatser, der har en betydning for det psykiske arbejdsmiljø og har flere konkrete forslag til, hvad man kan gøre. Det er også kendetegnende, at medarbejderne på GYN-OBS i højere grad taler om at, at knaphed på tid og penge gør, at de idealer, de har, til tider forekommer håbløse at realisere. Derfor må BARSoSus indsats helt overordnet rette sig mod at *synliggøre handlemuligheder*, således at en oplevelse af manglende handlemuligheder kan vendes til en oplevelse af, at have mulighed for at handle.

### 5.7.2 BARSoSus indsats

Med udgangspunkt i det foregående vil vi give nogle anbefalinger i forhold til BARSoSus indsats for at understøtte opmærksomheden, engagementet og prioriteringen af arbejdet med at forbedre det psykiske arbejdsmiljø blandt *medarbejderne*. Det anbefales:

- at BARSoSus indsatser tager udgangspunkt i de vilkår, som medarbejderne oplever, har en afgørende betydning for det meningsfyldte arbejde og det gode psykiske arbejdsmiljø: *Det fleksible arbejdsliv*, der knytter sig til organiseringen af arbejdet, *Det komplekse arbejde*, der knytter sig til faglige udfordringer og *Den sociale personlige anerkendelse*, der knytter sig til håndteringen af disse udfordringer.
- At BARSoSus indsatser i særlig grad fokuserer på de sociale og kulturelle betingelser for arbejdsmiljøet: *arbejdskulturen*, *læringskulturen* og *omsorgskulturen*. Det er de områder, der opleves som mest betydningsfulde af medarbejderne, og karakteren af dem har betydning for, om der sker mere formelle forbedringer. Samtidig er det områder, der, qua deres mere uformelle karakter, kan være vanskelige at tematisere socialt blandt medarbejderne – ikke mindst i de tilfælde, hvor de bidrager til et dårligt psykisk arbejdsmiljø blandt en eller flere medarbejdere. For at få arbejds-, læ-

rings- og omsorgskulturen på dagsordenen, foreslår medarbejderne selv, at der på arbejdspladsen sættes fokus på og iværksættes tiltag inden for følgende områder:

- *Fordeling af arbejdsopgaver.* Formålet bør være at skabe social forpligtelse, så f.eks. hjælp ikke kun afhænger af personlige relationer eller faggruppers interesser. Indsatsen bør tage udgangspunkt i holdnings- og værdidiskussioner, bør føre til en forståelse for forskellige vilkår i og opfattelser af arbejdet, og bør munde ud i aftaler om arbejdets fordeling og struktureringen af arbejdet. Målet er at afklare og skabe forventninger til den enkeltes eller gruppens arbejdsindsats og måder at arbejde på. Her foreslår medarbejderne en særlig opmærksomhed på medarbejdere, der af forskellige grunde ikke kan yde en 'normal' arbejdsindsats f.eks. ældre medarbejdere (seniorordninger).
  - *Læringsmiljøet på arbejdspladsen.* Formålet bør være at skabe et åbent læringsmiljø, hvor der er plads til individuelle forskelle, tvivl og usikkerhed. Indsatsen bør tage udgangspunkt i holdnings og værdidiskussioner og bør munde ud i konkrete tiltag, der styrker læringsmiljøet i praksis f.eks. fælles (tvær)faglige kollegiale fora, individuel supervision samt læring på arbejdet. Nogle medarbejdere foreslår en særlig opmærksomhed på yngre medarbejdere med det formål at skabe den tryghed, der skal til for at skabe et godt læringsmiljø (tutorordninger).
  - *Socialt overskud.* Formålet bør være at styrke det sociale og personlige overskud på arbejdspladsen. Indsatsen bør rette sig mod at styrke medarbejdernes sociale og personlige kendskab til hinanden og at øge rummeligheden socialt set. Medarbejderne lægger selv vægt på, at det er vigtigt dels at have et socialt samvær med kolleger uden for arbejdet, dels at have små rum i arbejdstiden for mere uformelle og spontane kontakter f.eks. at holde frokostpauser sammen. Medarbejderne lægger også vægt på, at der skabes en rosende og anerkendende kultur, hvor man "plejer" hinanden individuelt og socialt. Dette kan være en del af den individuelle og kollegiale supervision.
- At BARSoSus produkter udformes med en sensitivitet overfor varierende, komplekse og til tider ambivalente risikoopfattelser. På den ene side bør budskaber adressere den refleksivitet, som medarbejderne selv udfolder, når de taler om dilemmaer, barrierer og muligheder i arbejdet såvel som indsatsen overfor det psykiske arbejdsmiljø. På den anden side bør budskaberne synliggøre de mere 'usynlige' eller ikke socialt anerkendte sider af arbejdsmiljøet, f.eks. hvordan medarbejderne selv bidrager til den arbejds-, lærings- og omsorgskultur, der er på arbejdspladsen, og hvordan deres egne forventninger har betydning for de risici og handlemuligheder, de ser.
  - At BARSoSus produkter indgår som elementer i indsatsprogrammer, der ikke kun retter sig mod en enkelt medarbejdergruppe, men mod den organisatoriske enhed, medarbejderne indgår i. Dvs. at produkter indgår i en samlet "pakke", der sigter på at optimere arbejdet med psykisk arbejdsmiljø på arbejdspladsen. Dette kan bidrage til at styrke dialogen og samarbejdet mellem medarbejdere og andre aktører i arbejdsmiljøarbejdet (f.eks. MED-udvalget) og til at styrke oplevelsen af kontinuitet og sammenhæng i indsatsen. Medarbejderne foreslår selv, at et godt forum til at skabe sammenhæng er fælles (tvær)faglige temadage, hvis de vel at mærke handler om den daglige praksis og afføder handleplaner.

- At BARSoSus produkter er udformet således, at de kan fungere som fødselshjælpere for iværksættelse og fastholdelse af udviklingsprocesser i arbejdet med psykisk arbejdsmiljø. Det kan f.eks. være værktøjskasser, der er målrettet på at styrke arbejdet med de formelle og uformelle sider af arbejds-, lærings- og omsorgskulturen. Værktøjskasserne kan rumme redskaber til at arbejde med forskellige aspekter af arbejdspladsens kultur. Disse redskaber kan tage udgangspunkt i de temaer, medarbejderne fremhæver f.eks. arbejdsfordeling og hjælpekultur, faglige forventninger versus patientforventninger, læring på arbejdet og konstruktiv faglig feedback, kommunikation og anerkendelse, arbejdsliv og privatliv, det sociale liv på arbejdspladsen osv.
- At BARSoSu tilbyder produkter, der sigter på at styrke en arbejds-, lærings- og omsorgskultur, hvor man agerer i forhold til konflikter eller medarbejdere, man erfarer eller har en formodning om ikke trives med deres arbejde. I udgangspunktet kræver dette produkter, der igangsætter holdnings- og værdidiskussioner. Her foreslår medarbejderne selv *undersøgelser*, der kan tage temperaturen på det psykiske arbejdsmiljø og bidrage til, at psykisk arbejdsmiljø bliver noget, der kan tales om og bliver diskuteret socialt. De nævner også *medarbejderudviklingssamtaler individuelt eller i grupper*, der kan bidrage til, at man får kommunikeret om, hvordan det går og at få fremhævet personer og kompetencer, som måske er mindre synlige i dagligdagen. Endelige efterspørger de viden om *konflikthåndtering*, så man får mod og evne til at agere og løse konflikter socialt, før de leder til dårligt psykisk arbejdsmiljø.
- At BARSoSus produkter altid rummer et *teoretisk* element, hvor modtageren får viden, et *refleksivt-praktisk element*, der bidrager til refleksion over egen praksis, et *handlingselement*, der bidrager til refleksion over og giver forslag til mulige handlinger og et *evalueringselement*, der angiver forslag til opfølgning. Dette er elementer, medarbejderne efterspørger, når der iværksættes indsatser for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø.
- At BARSoSus produkter så vidt muligt er ”interaktive” i den forstand, at de opfordrer til og forudsætter medarbejdernes aktive deltagelse individuelt eller i grupper. Indsatser, der har (rolle)spil-karakter, tager udgangspunkt i virkelige hændelser og erfaringer og kan give anvisninger til praktiske øvelser i dagligdagen, anbefales. Det er desuden væsentligt, at de fokuserer på sociale, kulturelle, (tvær)faglige og individuelle dilemmaer i det praktiske arbejde, så medarbejderne oplever, at det er relevant at involvere og engagere sig.

## 6. Sikkerheds- og tillidsrepræsentanter

I det følgende præsenteres først sikkerheds- og tillidsrepræsentanternes oplevelser af de forhold, som medarbejderne oplever, har betydning for det psykiske arbejdsmiljø og for indsatsen. Det sker i afsnittet *Om temaer i psykisk arbejdsmiljø*. Dernæst i afsnittet *Barrierer og muligheder for en indsats* vil vi præsentere, hvilke barrierer og muligheder sikkerheds- og tillidsrepræsentanter oplever med hensyn til at arbejde med psykisk arbejdsmiljø. Til sidst i kapitlet sammenfattes disse afsnit, og der opstilles anbefalinger i forhold til BARSoSus indsats overfor denne målgruppe.

### 6.1 Om temaer i psykisk arbejdsmiljø

I det følgende præsenteres sikkerheds- og tillidsrepræsentanternes oplevelse af medarbejdernes oplevelser af hvilke forhold, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø hhv. indsatsen for at forbedre det.

#### 6.1.1 Børneafdelingen

Sikkerhedsrepræsentanterne på *Børneafdelingen* kan genkende medarbejdernes oplevelser af, hvad der er betydningsfuldt for det psykiske arbejdsmiljø. Om *fleksibel planlægning* og de krav, den stiller til medarbejderne, siger en sikkerhedsrepræsentant:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Jamen, vi vil alle gerne være hensynsfulde og i nogle kulturer, der ligger det også, men har man nu en dårlig dag, så har man heller ikke så meget overskud til at interessere sig for, hvordan ens kolleger har det. Så har man mere end nok i at klare sig selv. Og der kan arbejdsformen, arbejdsbyrden og kravene have indflydelse på, hvordan de forskellige afdelinger fungerer. Altså, jo mere presset de måske føler sig, jo mindre overskud er der til accept af, at ens kollega måske ikke kan yde så meget. Vi er heldige, fordi byrden varierer meget [...] så vi har tid til at restituere, hvorimod nogle sengeafdelinger, har jeg indtryk af, de er hårdt belastet altid, hver dag og hele tiden (144, B).

Her oplever en sikkerhedsrepræsentant, at lægerne kan have et problem med at overholde mødetidspunkter. Problematikken minder om den, som plejepersonalet rejser, der drejer sig om at respektere faglige beslutninger, men her drejer det sig mere om at fastholde beslutninger på trods af knaphed på tid:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 1: Præcision eller mangel på samme. Fordi hvis man har aftalt en gruppe mennesker at mødes ligegyldigt hvad, jamen så er man da pisket til at være der. Og der har vi talrige eksempler på gennem årene, at det har kostet masser af mandskabstimer, men det er forskelligt fra forskellige personer, om det giver anledning til nogle stresshormoner. Men i sådan en stor virksomhed, der er blevet større og større gennem årene, jamen så er der endnu mere tid, der går tabt, hvis man ikke respekterer det (173, B).

Sikkerhedsrepræsentanterne kan også kende temaet vedrørende *faglig forandring* (21, 177, 213, 278 B). De vurderer, at risikoen for patientklager hviler tungere på de yngre læger, hvilket kan være med til at øge 'sensitiviteten' overfor negativ feedback:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 1: Det kan medvirke til, at stressniveauet kan være ekstra højt hos de yngre. For man har indtrykket af, at når man kommer på sygehuset, så er den første blanket, man får i hånden: *Hvordan kan man klage over behandlingen?* [...] Første gang de ser en klage: *Jamen hvad er det her? Klarer jeg det?* Og det er helt oplagt noget, man skal håndtere [...] At man kører folk gradvist ind i et speciale. Der er ingen tvivl om, at man har meget hjertebanken og øget stressniveau. Der skal være succesoplevelser fra starten. Og det, synes jeg, er væsentligt, fordi nu snakker man jo om, at lægefejl og alle ting skal ud på nettet. Det er meget mere stressende at være yngre læge nu. Det siger vi i hvert fald her. Hvis de har fået en påtegning eller klage, så er deres liv smadret de næste 6 måneder (190, B).

Sikkerhedsrepræsentanterne kan også kende temaet om lederen *som en stabil forandringsagent*. Samtidig lægger de vægt på, at medarbejderne selv har et ansvar:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Jamen det handler også om at tage ansvar selv. Og det er nok det, der er svært, for så kan man jo også have valgt forkert. Der er risiko forbundet med at tage et valg, og det vil man gerne, så længe det går godt (228, B).

Sikkerhedsrepræsentanterne vurderer, at køn og alder har en betydning i forhold til psykisk pres. De vurderer, at kvinder er mere sensitive overfor det kollegiale og mere åbne omkring deres behov for anerkendelse. De vurderer også, at yngre medarbejdere har høje forventninger til sig selv og er mere tilbøjelige til at tage stressende episoder ”med hjem”, hvorimod ældre er mere ”galvaniserede”. Samtidig vurderer de, at læger kan være dårlige til at bede om hjælp og kan have en ”tarzankultur” (70-79, 109 B).

## 6.1.2 GYN-OBS

Sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne på GYN-OBS kan også genkende de forhold, som medarbejderne oplever som betydningsfulde for det psykiske arbejdsmiljø. I forhold til *fleksibel planlægning* betoner de dog i højere grad de risici, der kan følge med kravet om fleksibilitet nemlig problemet med at slippe arbejdet:

TILLIDSREPRÆSENTANT 1: Jamen det kommer ikke bag på mig, for det fylder meget, og det hører vi næsten dagligt. Nej, det er måske en overdrivelse, men jo i meget travle perioder, der er det, at man har sine frustrationer, for man når faktisk nogen gange slet ikke at *tænke*, om man nåede det, man skulle, før man er kommet hjem. Og der synes jeg jo, det er et problem, at der er så mange, i de her travle perioder, der tager hjem og ringer ind, fordi de *lige det*, og *gjorde jeg nu det*. Og det taler jo for sig selv. At man ikke har nået at komme omkring det og har afsluttet sin dag, før man er på vej hjem i bilen eller i øvrigt har nået at lægge hovedet på puden, og det lige pludselig kører. Så har man en relativt lang arbejdsdag (300, R).

Repræsentanterne kan også kende temaet om *faglig forandring*. Det gælder i særlig grad betydningen af feedback. De vurderer, at positiv feedback er vigtigt (144-167, R).

TILLIDSREPRÆSENTANT 1: Men det er da klart et område, man godt kan gøre mere ved [...] Fordi det ved vi jo udmærket godt, hvilken effekt det har, hvis man bliver set og hørt. Der kan jeg da godt finde nogle eksempler på, at der måske er nogle, der måske synes, at det var noget, man kunne bruge mere af. Men det er jo igen, når tingene går sådan *hvisst*. [...]

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 3: At vi husker på at gøre mere ud af at give ros og at anerkende det rigtig gode arbejde, vi gør. Det er noget med, at det går stærkt (172-173, R).

Ligesom medarbejderne vurderer repræsentanterne, at risikoen for patientklager skaber et særligt pres. Ros kan bidrage til, at det bliver nemmere at give konstruktiv kritik og at følge op på hændelser og forløb, der ikke går som forventet (178-86, 193-197, R).

I forhold til at kunne magte krav om fleksible planlægning og faglig forandring kan repræsentanterne kende medarbejdernes syn på vigtigheden af et socialt liv. Nogle mener, at det sociale liv skal og altid opstår "naturligt". Andre mener, at det ikke altid er tilfældet, og at det kan være godt at gøre noget for at fremme det, men at det drejer sig om at få "taget sig sammen til at starte på det" (234-258, R). Her kan repræsentanterne se, at travlhed gør, at det kan være svært at få overskud til at skabe det sociale overskud.

Ligesom medarbejderne ser repræsentanterne det som vigtigt, at mellemlederen er opmærksom på, hvad der rører sig i gruppen og gør noget for at sikre, at miljøet er godt. De vurderer også, at det er vigtigt, at enhedens øverste ledelse er synlig, så medarbejderne får sat et "menneske på", men de vurderer også, at medarbejderne selv må tage ansvar for at skabe et godt psykisk arbejdsmiljø. Som på Børneafdelingen vurderer de, at ledelse er det "umuliges kunst" især med hensyn til at have overblikket: "man kan jo ikke være alle vegne, vi er delte og har mange opgaver" (268-312, 318-330 R).

## **6.2 Barrierer og muligheder for en indsats**

Som det fremgår af ovenstående, kan sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne genkende medarbejdernes perspektiver på psykisk arbejdsmiljø. I dette afsnit skal vi se på de barrierer og muligheder, repræsentanterne oplever i forhold til at gøre en indsats.

### **6.2.1 En aktør blandt andre**

Børneafdelingens sikkerhedsrepræsentanter oplever ikke, at de har mange erfaringer med at arbejde med psykisk arbejdsmiljø som sikkerhedsrepræsentanter. En siger: "Altså vi repræsenterer jo primært os selv, og så lidt sikkerhed". De oplever det psykiske arbejdsmiljø som "uhåndgribeligt" og vurderer selv, at de primært har en funktion omkring det fysiske (21-23, 274, 276, B).

Sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne på GYN-OBS har overvejende få erfaringer med at arbejde med psykisk arbejdsmiljø som sikkerhedsrepræsentanter. Det er primært en person på mellemledersiden, der har arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø. Ligesom på Børneafdelingen ser de øvrige repræsentanter, at de arbejder med det "indirekte" og det vil sige i kraft af, at de er medarbejdere (12, 206, R).

På den måde kan man sige, at sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne, med få undtagelser, er aktører blandt andre i en kompleks organisation. Det er da også kendetegnende, at en barriere for en indsats er manglende viden om, hvad der foregår.

### **6.2.1 At vide og formidle, hvad der foregår**

Sikkerhedsrepræsentanterne på *Børneafdelingen* forstår godt, at medarbejderne ikke oplever, at de arbejder med psykisk arbejdsmiljø og i højere grad ser den nærmeste leder



som den, der sikrer, at psykisk arbejdsmiljø kommer på dagsordenen og prioriteres. De vurderer, at det er fordi ”det har noget med deres daglige arbejde at gøre” og finder det vigtigt, at det ikke er dem, der har ansvaret for det psykiske arbejdsmiljø: det skal komme ”nedefra” og være en del af ”kulturen” (56, 66, 120, 268, B).

Sikkerhedsrepræsentanterne på Børneafdelingen vurderer, at skulle de have en mere tydelig og opsøgende funktion i forhold til at forbedre det psykiske arbejdsmiljø, skulle de have mere *overblik* over, hvad der foregår på det enkelte afsnit. En af dem siger:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Nej, for vi har jo ikke været opsøgende [...] Der kan måske have været nogle problemer andre steder, men det har jeg ikke været involveret i. Når det når så vidt, at det kommer til sikkerhedsrepræsentanternes kendskab, kan man sige, så er det virkelig alvorligt. Det, der måtte være i dagligdagen, det opdager jeg jo nok ikke, fordi rent fysisk er jeg jo ikke til stede med alle dem, jeg egentligt dækker [...] Så jeg synes, det er svært at vide, hvad der egentligt foregår, med mindre der kommer en henvendelse (23, B).

Sikkerhedsrepræsentanterne oplever, at de har begrænset mulighed for vide, hvordan det psykiske arbejdsmiljø er. De får sjældent henvendelser og vurderer, at det skyldes, at de i det ”store hele” har det godt, eller at medarbejderne bruger andre aktører: tillidsrepræsentanten ”hvis det bare lugter lidt af noget overenskomstmæssigt”, psykologen som ”lynafleder” i dagligdagen, og lederen, hvis der opstår kollegiale eller arbejdsmæssige problemer. Problemet består i at finde en rolle, hvor man bruges, *hvis det bliver alvorligt*, når man ikke har den kontakt, der gør det oplagt (101-108, 116, 120, 171, 243, B).

Sikkerhedsrepræsentanterne vurderer, at det drejer sig om at finde en måde, hvorpå man er synlig, men ikke nødvendigvis er den centrale aktør i det daglige arbejde med psykiske arbejdsmiljø. De vurderer, at det i nogen grad betyder noget, hvor mange sikkerhedsrepræsentanter, man er. Et mere afgørende problem er dog, som en af dem siger: ”i det øjeblik, hvor man måske er opsøgende på det, det er måske ikke det tidspunkt, hvor der er et problem”. Omvendt kan man sige, at hvis man ikke er opsøgende, finder man heller ikke ud af, om der er problemer. Her forestiller de sig, at det kunne være godt med nogle redskaber udover APV’en, der gør det muligt løbende at undersøge, om der er problemer med psykisk arbejdsmiljø (56, 62, 110-11, 164, 241, B).

På GYN-OBS, er det kendetegnende, at der er én repræsentant, der gør en indsats for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø. Den person, der ifølge de andre ”trækker det helt store læs”, siger om sit fokus på psykisk arbejdsmiljø:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Jeg synes, at jeg har fået rigtig meget fokus på det, og der er rigtig mange problemområder. Nu har jeg også arbejdet med sikkerhedsarbejdet i nogle år og arbejdspladsvurdering, hvor der popper nogle problemområder op [...] Jeg synes, det er altomfattende. Der er rigtig meget [...] Altså, jeg er fyldt af det. Jeg er temmelig meget fyldt af det [...] Så jeg synes, jeg har fokus på det, men også at vi skal have gjort noget ved det. Og det prøver vi også (15, R).

På GYN-OBS oplever sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne, at deres funktion er at ”lytte til alt det, der rører sig” og at formidle det. De anser det som vigtigt at følge med i, hvad der er ”in, nu og her”, men oplever at det kan være et problem at få omsat alt det, de ved ville være godt (18, 109, R):

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Jeg synes, der er mange opgaver at løfte, og det er ikke i orden, fordi vores arbejde er så presset, som det er. Hvis vi skulle lave halvdelen, så kunne vi godt lave de her ønskeafdelinger. Så kunne vi ligesom arbejde efter bogen. Vi er spændt hårdt for på den måde. Men jeg oplever ikke, at det er af uvilje, at vi ikke laver det optimale. Men det er det stressede, for vi skal jo hele tiden holde produktionen. Det er også derfor, at vi er ansat, men det er nogle gange, jeg synes det kunne passe lidt bedre (18, R).

Det er kendetegnende, at repræsentanterne oplever, at de gør alt det, de kan, og har viden og kan finde ud af, hvad der skal gøres. Repræsentanterne er derfor i første omgang lidt uforstående overfor medarbejdernes ønske om at få mere fokus på psykisk arbejdsmiljø. De vurderer selv, at de har meget fokus på psykisk arbejdsmiljø og ser i første omgang medarbejdernes oplevelse som et udtryk for, at de ikke opfatter alt det, der gøres, som noget, der vedrører psykisk arbejdsmiljø:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Det bliver jo en del af dagligdagen. Så snakker vi om det i dagligdagen. Det er jo ikke sådan, at vi tager et møde, jo det kunne man godt gøre, men det er mere noget, vi løser sådan i dagligdagen i processer [...]

TILLIDSREPRÆSENTANT 1: Man kan godt have fokus, uden at man hver dag, man kommer, så står det bøjet i neon. Det er nogle gange med lige at pege ud fordi, man vil jo altid have det bedre, man vil altid have fokus, man vil altid ønske et bedre psykisk arbejdsmiljø [...]

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Jeg tror, det er sådan noget med at se sammenhængen i tingene. At så hører man psykisk arbejdsmiljø, og så tænker man, *jamen hvad er det?* Man kobler måske ikke tingene sammen. Det, tror jeg, kræver en vis modenhed og indsigt. *Nå er det sådan det hænger sammen* (38, 49, 143, R).

Medarbejderne og repræsentanterne deler perspektiver, når det drejer sig om, *hvad* der har betydning for psykisk arbejdsmiljø. Forskellen består i, at medarbejderne ikke i samme grad fokuserer på eller oplever det, der arbejdes med i dagligdagen, f.eks. vagtplaner, som noget, der sætter psykisk arbejdsmiljø på dagsordenen. Det forholder sig måske paradoksalt på den måde, at medarbejderne oplever, at det psykiske arbejdsmiljø er en integreret del af dagligdagen, og at det netop derfor forsvinder som et tema, der er i fokus på. En sikkerhedsrepræsentant vurderer, at det skyldes, at hverdagen er travl. Vedkommende mener, at problemet er, at de langsigtede tiltag "faider" ud, fordi det er "en foranderlig verden vi er en del af" og der er "1000 andre ting i mellemtiden". Det, der arbejdes med, indgår i møllen af alt andet, der skal gøres. Resultatet kan være, at medarbejderne ikke når at få en oplevelse af, at der faktisk gøres noget for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø. Samtidig kan repræsentanterne godt se, at det ville være godt, hvis medarbejderne fik mere viden om psykisk arbejdsmiljø, så de i højere grad kunne arbejde med på "vognen" (94, 137, R). Barrieren er på den ene side i, at det er svært at presse nogen til at gøre mere, når der er så travlt:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 3: Men der er altså også mange, der siger, *kan vi ikke snart få arbejdsro. Kan vi ikke snart holde op med alle de møder. Det bliver værre og værre. Og folk flakker frem og tilbage. De trænger til ro* (105, R).

På den anden side er barrieren, at repræsentanterne ikke altid *selv* har overskud til at være "tovholder" og at "få gjort noget ved det" (12, 16, 28, 66, 109, R). Problematikken består i, at jo mindre tid repræsentanterne har, jo mere har de brug for, at medarbejderne selv bidrager til at holde opmærksomheden på det psykiske arbejdsmiljø samtidig med, at de ikke oplever, at de har tid til at sætte dét i gang, der skal til, for at det sker. Problemet er at få opmærksomheden på psykisk arbejdsmiljø spredt ud både blandt medar-

bejdere og internt blandt repræsentanterne. Her vurderer de, at det kunne være godt med hjælp fra personer udefra. En af dem siger:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Altså på den måde kunne man godt give medarbejderne noget mere, hvis man kunne hente en ind, så kunne man give dem noget viden [...] så alle arbejder med problemet, fordi et er, hvad man kan løse, men det kunne også være nogle resourcepersoner, der kunne træde ind [...] Fordi der er forskel på sådan en og så mig [...] For jeg er ikke psykolog og alle de andre ting, der kunne være brug for (86-89, R).

Hvis man sammenligner Børneafdelingen og GYN-OBS kan man sige, at sikkerhedsrepræsentanterne på Børneafdelingen gerne vil være opsøgende, men har det problem, at man ikke har tilstrækkeligt kendskab til, hvad der foregår. Arbejdet med psykisk arbejdsmiljø varetages af andre herunder medarbejderne selv. På GYN-OBS er det nærmest omvendt. Man er opsøgende og forsøger at opfange, hvad der foregår, men oplever, at man ikke har tilstrækkelig tid og ekspertise til at gøre det, der kunne bidrage til, at medarbejderne selv kunne arbejde med ”på vognen”.

## 6.2.2 Hvad er vores opgave?

Sikkerhedsrepræsentanterne på *Børneafdelingen* oplever, at det kan være svært at vide, hvem der varetager arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Man kan vel sige, at det er sådan en gråzone, hvor man ikke ved, er det noget, man ordner med sine kolleger? Er det noget, man ordner med sin afdelingssygeplejerske? Er det på et højere niveau? Er det tillidsrepræsentanten? Eller er det sikkerhedsrepræsentanten? Og det kan vel også være svært at sige, hvor det hører hjemme. Det kunne være alle steder (27, B).

Langt hen ad vejen oplever de det ikke som et problem. De vurderer, at det er vigtigt, at det er et fælles ansvar, som mange aktører løfter (152, B). En siger:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 1: Noget kan man lave om på, og det kan være fantastisk effektivt, og noget kan man ikke lave om på. Og det er så spørgsmålet hvor meget krudt, man skal bruge [...] Men jeg føler mig helt overbevist om, at der er kommet mere fokus på psykisk arbejdsmiljø, og der er flere bolde at spille med (161, B).

De mange ”bolde” består i, at man på mange niveauer arbejder med psykisk arbejdsmiljø f.eks. ved at CMU igangsætter trivselsundersøgelser, at LMU tager sager op, og at psykologen gør noget i forhold til daglige hændelser på medarbejdernes eget initiativ.

Når sikkerhedsrepræsentanterne reflekterer over deres egen funktion i dette netværk af aktører, ser de en mulighed i at arbejde som ”katalysator” for, at der skabes *rammer* for arbejdet med psykisk arbejdsmiljø (130-39, B). Her vurderer de, at det er vigtigt og bedst at alliere sig med mellemlederne, hvis man vil lave noget langsigtet. Det langsigtede drejer sig om at forebygge problemer med det psykiske arbejdsmiljø:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Jeg vil jo gerne forebygge, at vi får nogle problemer [...] det kunne godt komme fra os, men jeg ved ikke hvordan. Fordi det er fint nok, at vi interesserer os for problemerne, når de er der, men vi burde jo egentligt ligeså meget interessere os for at forebygge (252, B).

Barrieren for at komme til at fungere som katalysator for et forebyggende arbejde består i, at man ikke ved, hvordan man skal gribe det an.

I *GYN-OBS* vurderer sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne, at deres opgave er at arbejde med de ”daglige processer” og at være rollemodeller ligesom lederne. De oplever en forpligtelse til at gøre noget for det psykiske arbejdsmiljø (38, 166, 209, R). Samtidig vurderer de, at det er vigtigt, at medarbejderne bakker op omkring det arbejde, der gøres (54-55, 233, R). Nogle oplever, at denne opbakning ikke altid er til stede:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 1: Altså, jeg har da også hørt: *Nå hvem skal være sikkerhedsrepræsentant. Nå men god fornøjelse.* Man er lige startet, og så får man den. Så det er måske sådan en holdning, at der alligevel sker ikke noget (226, R).

Idealet om at være rollemodel og at blive set som en, der arbejder med noget vigtigt, er ikke altid så nem at realisere.

### 6.2.3 Redskaber: Strategier eller problemløser?

Sikkerhedsrepræsentanterne på *Børneafdelingen* ser en mulighed i at arbejde med psykisk arbejdsmiljø på et mere overordnet niveau, som drejer sig om at skabe rammer for et godt psykisk arbejdsmiljø frem for at være problemløser i forhold til konkrete problemer. En af sikkerhedsrepræsentanterne foreslår, at man tager sager op og arbejder med en ”strategi for lignende situationer” i samarbejde med LMU. De er dog ikke sikre på, at de magter den rolle (130, 248-249, B). En af dem siger dog:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Men det ville da være rart med nogle redskaber til at hjælpe det på vej, men jeg har ikke rigtigt nogen ide om, hvordan vi får dem (160, B).

Fremfor at være problemløsende ser de en mulighed i, at de kan fungere som en slags konsulenter, der kan bidrage til at vejlede og give råd om, hvordan det enkelte afsnit kan løse sine problemer. Barrieren består i, at de ikke ved, hvordan de får redskaber eller kapacitet til at agere som sådan.

I *GYN-OBS* taler repræsentanterne omvendt om, at det er vigtigt at tage problemerne i ”opløbet”. De snakker ikke om at lave strategier eller at agere som hjælpere i en problemløsningsproces men om at løse problemer, der dukker op ”ad hoc”. Deres oplevelse er, at det er en opgave, hvor det ikke er nemt at få gjort ”rent bord”. Barrieren består i manglende overblik og tid til at få løst alle problemerne. Her oplever de, at de har brug for redskaber til at kunne forebygge, at problemerne overhovedet opstår. Konkret drejer det sig om redskaber til at ”opfange” faresignaler på manglende trivsel og om redskaber til at handle på problemerne (80-83, 148, 271-290, R). Som en af dem siger:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: F.eks. hvis nu en medarbejder der føler sig mobbet [...] ved vi nok om kolleger, hinanden imellem, ved vi nok om mobning. Ved vi nok om, hvordan vi behandler hinanden på arbejdspladsen [...] Jeg synes godt, at der kan være nogle ting, altså de der faresignaler [...] *Har vi nogle redskaber vi kan bruge?* (284, R).

I *GYN-OBS* ser man sig mere som problemløser i forhold til konkrete problemer frem for som en strateg, der skal arbejde med rammerne for det psykiske arbejdsmiljø. Disse

forskelle mellem de to enheders grupper af sikkerheds- og tillidsrepræsentanter viser sig også, når det drejer sig om forventningerne til MED-udvalget.

## 6.2.4 MED-udvalget

Sikkerhedsrepræsentanterne på *Børneafdelingen* oplever LMU som et sted, hvor man kan tage psykisk arbejdsmiljø op, og de har konkrete erfaringer med, at et tema som f.eks. feedback har været diskuteret på LMU. De har også erfaring med, at konkrete projekter om psykisk arbejdsmiljø er blevet diskuteret i LMU, inden de er lagt ud i afsnit-tenes arbejdsgrupper. De oplever LMU som et forum, der gør det muligt at ”blande sig i diskussionen”, hvor det er ”tilladt” at snakke om psykisk arbejdsmiljø, og hvor man kan ”stikke retningerne af”. På den måde oplever de, at LMU ”kan bruges til noget” (32-34, 235, B) En af dem siger således:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Ja, men det er helt sikkert, at sikkerhedsarbejdet har virkelig fået et kraftigt løft ved, at vi har fået LMU. Før der forsvandt det jo bare på en eller anden måde. Her er stedet jo. Det er her, det skal behandles. Det er her, der skal tages stilling til, hvad der skal ske. Det er jo ikke mit eller [den anden repræsentants] ansvar. Det er jo afdelingens ansvar. Og også til dels prioriteringen af problemstillingerne. Så det er helt sikkert, at det er et rigtig godt sted (38, B).

I LMU ser sikkerhedsrepræsentanterne ideelt deres rolle som at være vagthund i forhold til at få gjort noget ved de problemer, der måtte være og at få fulgt op på sager. Samtidig er de klar over, at det er en rolle, de ikke altid magter:

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Det er et spørgsmål om at være velrustet og skåret for tungebåndet og at bringe det op de rigtige steder, så man ikke går og klynker hele tiden. *Jamen der gøres heller ikke noget.* Det er de rigtige tidspunkter, man skal komme ind med budskabet, og der tror jeg måske nogle gange, at der har vi ikke været helt rustet til tænderne, hvis man har spurgt rundt, når der er lavet dagsorden. *Er det noget fra sikkerhedsrepræsentanterne? Nej [...]* Så det er delvist også op til en selv at være forberedt (56, B).

Sikkerhedsrepræsentanterne oplever, at afdelingsledelsen er deres ”talerør” i CMU og ser det ikke som et problem at gå videre med nogle ”større” ting i CMU. De oplever, at CMU gør en indsats, som afdelingen ikke selv kan lave, og nævner organisationsudviklingsprojektet og projekt psykisk arbejdsmiljø, som ”ikke helt uvæsentligt” (30, 263, B)

Sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne på *GYN-OBS* oplever, at MED-udvalget, som nogle af dem deltager i, er et forum, hvor man kan snakke om psykisk arbejdsmiljø, men når det kommer til løsningen af f.eks. konkrete problemer, siger en repræsentant:

TILLIDSREPRÆSENTANT 1: Det er jo et forum, hvor vi kan diskutere, men det får os bare stadigvæk ikke videre, sådan som jeg ser det. [...]

SIKKERHEDSREPRÆSENTANT 2: Nogle af de her problemer, det handler jo om at få lavet nogle arbejdsgrupper, der løser det fordi, det sker jo ikke i MED-udvalget. Der diskuterer I problemerne, men det bliver jo ikke, jamen, jeg tænker det kunne høre hjemme i grupper, hvor tingene sendes ud til løsning (377-380, R).

Sikkerhedsgruppen oplever således ikke MED-udvalget som et udvalg, der *handler*.

## 6.3 Indsatsen overfor sikkerheds- og tillidsrepræsentanter

Vi vil nu forsøge at anvende sikkerheds- og tillidsrepræsentanternes oplevelser til mere præcist at identificere barrierer og muligheder for at styrke opmærksomheden, engagementet og prioriteringen af arbejdsmiljøet i den daglige praksis. Endelig vil vi forsøge at opstille anbefalinger for BARSoSus indsats overfor denne målgruppe.

### 6.3.1 Om temaer i psykisk arbejdsmiljø

Sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne i begge afdelinger kan kende medarbejdernes oplevelser af, hvad der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø, og de kan kende de oplevelser, der følger med forventningen om fleksibel planlægning og faglig forandring.

En nuanceforskel er, at sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne på GYN-OBS i højere grad taler om de *risici*, der kan følge krav om fleksibel planlægning og faglig forandring. Risikoen består i, at ansvaret for at planlægge fleksibelt og at skabe rum for faglig forandring forskydes til den enkelte gruppe eller til den enkelte medarbejder, hvor det konkret kan komme til udtryk som et problem med at opretholde en grænse mellem arbejdsliv og privatliv.

I afsnittet *Indsatsen overfor medarbejdere* karakteriserede vi nogle træk ved den organisatoriske kontekst mht. opgaven, strukturen, kulturen og teknologierne. En væsentlig konsekvens af disse træk er, at opmærksomheden og forventningerne til den enkeltes personlige præstationer øges *samtidig* med, at den organisatoriske kontekst måske netop derfor bliver mere uoverskuelig for den enkelte. Det, at alle har et individuelt ansvar kan paradoksalt nok betyde, at det er svært at se, hvem der har ansvar for hvad. Risikoen, som repræsentanterne på GYN-OBS betoner, er, at ansvaret overlades til enkeltpersoner eller særlige grupper, så helheden og det fælles ansvar bliver utydeligt.

De forskellige oplevelser af den organisatoriske kontekst har også betydning for, hvordan sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne ser deres rolle i forhold til arbejdet med psykisk arbejdsmiljø og de barrierer og muligheder, de oplever.

### 6.3.2 Barrierer og muligheder for en indsats

Fælles for sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne i de to enheder er, at de oplever sig selv som *aktører blandt andre*, hvor deres rolle ikke er fuldkommen tydelig. Det gælder i særlig grad i forhold til medarbejderrollen. Hvis man skal beskrive, hvordan de ser sig selv, kan man sige, at de forventer, at man som sikkerheds- og tillidsrepræsentant har en særlig *opmærksomhed* i forhold til det psykiske arbejdsmiljø. De forventer også, at man som repræsentant udviser et engagement og prioriterer arbejdet med psykisk arbejdsmiljø ved *at gøre noget*. Det er dog her, at barriererne viser sig.

For sikkerhedsrepræsentanterne på *Børneafdelingen* er den væsentligste barriere, at man ikke oplever, at man har nok *viden* i forhold til at kunne handle på aktuelle problemer eller i det hele taget at vide, hvordan det psykiske arbejdsmiljø er. På den ene side ønsker man at blive brugt, på den anden side har man ikke den daglige kontakt til medarbejderne, der bevirker, at det sker. Det er her kendetegnende, at ansvaret for at fastholde

opmærksomheden og prioriteringen af arbejdet med psykisk arbejdsmiljø opleves som fordelt på forskellige aktører: afdelingsledelsen og mellemledere via LMU, og medarbejderne selv. *Man kan sige, at problematikken for sikkerhedsrepræsentanterne i Børneafdelingen består i at udvide deres rolle i forhold til arbejdet med psykisk arbejdsmiljø ved at de finder nogle opgaver, som ingen andre varetager.*

For sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne på GYN-OBS er den væsentligste barriere ikke manglende viden, men at man ikke kan *nå at handle* i forhold til det, man oplever som vigtigt. På den ene side er man opmærksom på alt det, der rører sig og kan have betydning for det psykiske arbejdsmiljø. På den anden side har man ikke altid ressourcerne til at handle. Det er her kendetegnende, at ansvaret for at fastholde opmærksomheden og arbejdet med psykisk arbejdsmiljø i høj grad opleves som noget, der er fordelt på enkeltpersoner. *Man kan sige, at problematikken for repræsentanterne i GYN-OBS består i at afgrænse deres rolle i forhold til arbejdet med psykisk arbejdsmiljø ved, at de finder nogle andre, der kan varetage nogle opgaver.*

Oplevelsen af barrierer afhænger således af, hvordan ansvaret i arbejdet med psykisk arbejdsmiljø er fordelt mellem forskellige aktører: *I en organisation, hvor ansvaret opleves som fordelt på mange hænder, kan det paradoksalt nok være svært for sikkerhedsrepræsentanterne at finde deres funktion.* Her er det kendetegnende, at MED-udvalget opleves som en vigtig aktør i forhold til at skabe opmærksomhed, engagement og en prioritering af arbejdet med psykisk arbejdsmiljø. *I en organisation, hvor sikkerhedsrepræsentanterne har en klar opfattelse af, hvad deres funktion er, kan det paradoksalt nok være svært at få ansvaret fordelt på mange hænder.* Her er det kendetegnende, at MED-udvalget opleves som en aktør, der nok har opmærksomhed på psykisk arbejdsmiljø, men ikke handler.

De forventninger, der er knyttet til strukturen og de forskellige aktører i arbejdsmiljøarbejdet, har også betydning for, hvilke muligheder sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne ser, når det kommer til at styrke indsatsen overfor psykisk arbejdsmiljø.

I Børneafdelingen ser repræsentanterne muligheder i en mere *forebyggende* rolle. Fremfor at være *problemløser* ser man muligheder i at bidrage til at udvikle strategier for at forebygge problemer eventuelt i samarbejde med LMU og at agere som konsulent for de ledere og medarbejdere, der vil arbejde med psykisk arbejdsmiljø. En barriere for en sådan rolle er *manglende viden* om, dels hvordan man tilegner sig en sådan rolle, dels en ekspertise i forhold til at være konsulent for andres problemløsninger.

I GYN-OBS ser repræsentanterne muligheder i at styrke og forbedre deres rolle som personer, der er opmærksomme på og kan handle i forhold til problemer. Der efterspørges en viden om signaler på dårligt psykisk arbejdsmiljø og redskaber til at løse problemer. En barriere for at styrke denne *problemløser-rolle* er, at der er *for lidt tid* til at overkomme alt. Det gælder også i forhold til at arbejde for en bredere fordeling af ansvaret.

### **6.3.2 BARSoSus indsats**

Med udgangspunkt i det foregående vil vi forsøge at opstille nogle anbefalinger for BARSoSus indsats overfor sikkerheds- og tillidsrepræsentanter. Det anbefales:

- At BARSoSu i deres indsats overfor denne målgruppe er opmærksom på, hvordan organisatoriske vilkår har betydning for organiseringen af arbejdsmiljøarbejdet herunder, hvordan ansvaret er fordelt. I organisationer, der er præget af *individualiseret* fleksibilitet og forandring, vil det i mange henseender være utopisk at forestille sig, at sikkerheds- og tillidsrepræsentanter alene (eventuelt sammen med mellemledere) har opmærksomhed på og kan agere som problemløsere i forhold til psykisk arbejdsmiljø. Det mest realistiske er derfor, at man forsøger at styrke repræsentanternes muligheder for og evner til dels at løfte en mere forebyggende funktion i organisationen, dels at kunne agere som konsulenter for ledere og medarbejdere.
- At BARSoSus indsats retter sig mod at tydeliggøre repræsentanternes funktion, opgaver og arbejdsmetoder. Dette bør ske gennem en indsats, der retter sig mod at igangsætte hhv. at styrke:
  - *Diskussioner om organiseringen af arbejdet med psykisk arbejdsmiljø* blandt sikkerheds- og tillidsrepræsentanter og blandt aktører i arbejdsmiljøarbejdet.
  - *Konkrete projekter*, der involverer sikkerheds- og tillidsrepræsentanter, men er forankret i den organisatoriske enhed, som de indgår i. Antagelsen er, at gennemførelsen af praktiske projekter og løsning af konkrete arbejdsopgaver igangsætter en proces, hvor repræsentanterne opnår konkrete *erfaringer* med hvilken funktion og hvilke opgaver, de kan varetage, hvilke arbejdsmetoder de finder bedst, og hvordan det psykiske arbejdsmiljø er på deres arbejdsplads. Samtidig kan konkrete projekter bidrage til at tydeliggøre repræsentanterne i organisationen, for så vidt projekterne tager udgangspunkt i det, medarbejderne oplever som relevant for det psykiske arbejdsmiljø.
  - *Viden* om, hvad der kendetegner psykisk arbejdsmiljø, og hvordan man kan handle i forhold til at forbedre det. Dette er en forudsætning for, at man på sigt kan tage mere forebyggende initiativer og kan agere som konsulent for en problemløsning af konkrete problemer.
- At BARSoSu tilbyder produkter, der kan anvendes til at igangsætte en dialogbaseret proces blandt sikkerheds- og tillidsrepræsentanter, hvor organiseringen af arbejdet sættes på dagsordenen. Her kan der f.eks. fokuseres på sikkerheds- og tillidsrepræsentanternes funktion og arbejdsopgaver, balancen mellem forebyggende og problemløsende initiativer, strategiske og formidlingsmæssige opgaver (herunder videnopsamling), ansvarsfordeling mellem repræsentanterne, samarbejdet med andre aktører (f.eks. MED-udvalget), samt konkrete arbejdsmetoder. Dette er de problemstillinger, som repræsentanterne selv nævner.
- At BARSoSu igangsætter forsøgsprojekter vedrørende psykisk arbejdsmiljø, der involverer flere aktører og forankres i organisationen som helhed. Projekterne bør følges op af evalueringer af, hvilke erfaringer sikkerheds- og tillidsrepræsentanter har med at gennemføre konkrete tiltag vedrørende psykisk arbejdsmiljø, og i hvilket omfang det har bidraget til at styrke disse aktørers funktion og rolle.
- At BARSoSus om et led i at styrke sikkerheds- og tillidsrepræsentanternes funktion tilbyder produkter, der giver disse aktører konkrete erfaringer med at iværksætte tiltag vedrørende psykisk arbejdsmiljø. Ligesom værktøjskasser på medarbejderniveau



kan man forestille sig værktøjskasser til repræsentanterne. Værktøjskasserne bør sigte på at styrke sikkerhedsrepræsentanternes evne til at indgå som katalysatorer, formidlere og konsulenter for gennemførelsen af konkrete aktiviteter såvel som opfølgning. Disse aktiviteter bør tage udgangspunkt i temaer, som medarbejderne oplever som relevante for det psykiske arbejdsmiljø, *eller* de bør målrettet sigte på at styrke sikkerheds- og tillidsrepræsentanternes funktion i forhold til indsatsen for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø. Her efterspørger sikkerheds- og tillidsrepræsentanterne selv redskaber, der kan supplere APV, og som kan bidrage til at tage temperaturen på det psykiske arbejdsmiljø. De efterspørger også ressourcepersoner, der kan formidle viden og indgå i de processer, der eventuelt sættes i gang.

- At BARSoSu tilbyder produkter, der bidrager til at styrke sikkerheds- og tillidsrepræsentanternes viden om psykisk arbejdsmiljø: hvad der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø, og hvordan man kan handle i forhold til det. Der bør lægges vægt på formidling af metoder og redskaber i sikkerhedsarbejdet samt praktiske erfaringer med at håndtere særlige problemstillinger. Da der findes mange kilder til information, er det vigtigt, at produktet har en sådan kvalitet, at det både imødekommer behovet for informationssøgning og mere dybdegående viden om særlige temaer, er let tilgængeligt og i det hele taget har en sådan kvalitet, at det bliver et referencepunkt for det aktive arbejde med psykisk arbejdsmiljø blandt sikkerheds- og tillidsrepræsentanter.
- At BARSoSu tilbyder produkter, der bidrager til dialog, sparring og netværk omkring arbejdet med psykisk arbejdsmiljø, og som tager udgangspunkt i formidling af positive erfaringer med projekter om psykisk arbejdsmiljø. Dette kan f.eks. være konferencer, seminarer, studieture m.m.

## 7. Ledere

I det følgende vil vi præsentere, hvordan lederne oplever de perspektiver, medarbejderne giver udtryk for. Dernæst skal vi se på, hvilke barrierer og muligheder lederne oplever, der er med hensyn til at arbejde med psykisk arbejdsmiljø. Til sidst i kapitlet sammenfattes disse afsnit og der gives anbefalinger i forhold til BARSoSus indsats overfor denne målgruppe.

### 7.1 Om temaer i psykisk arbejdsmiljø

I det følgende præsenteres lederne oplevelse af medarbejdernes perspektiver på hvilke forhold, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø.

#### 7.1.2 Børneafdelingen

Lederne på *Børneafdelingen* kan kende temaet *fleksible planlægning* og de krav, det stiller til den enkelte medarbejder. De vurderer, at det er vigtigt, at der er perioder, hvor medarbejderne kan opleve ”en god rytme”. Her er de opmærksomme på, at der kan være afsnit og enheder, hvor man er mindre ”heldige” (31-33, B).

I forhold til den fleksible planlægning har lederne en forståelse for, at dette vilkår i arbejdet har en social og kulturel dimension. De kan se, at opbakning kan afhænge af ”status” (38, B). En leder siger:

LEDER 1: Jamen, det er jo det med at sætte noget ind på goodwill-kontoen. Og det handler meget om deres egen måde og evne og vilje til at ville hjælpe andre. Og hvis man vil det, så kan man også være helt sikker på, at det også bliver gensidigt den dag, man har brug for det. Men hvis ikke man er en person, der gør det, så sætter man altså ikke noget ind på sin egen goodwillkonto, og så er det klart, at så er der en grænse, hvis vedkommende kommer i problemer [...] Og det handler formentligt meget om, om man er parat til at involvere sig i afdelingens sociale liv og dertil, at man åbner lidt op for sit privatliv (39, B).

Udsagnet understøtter antagelsen om, at det sociale overskud afhænger af noget personligt. Hvordan man opnår overskud på sin egen goodwill-konto varierer:

LEDER 2: Altså, vi har jo ansatte, der har været ansat utroligt længe, og det kan tage meget lang tid for nogen at få puttet på din goodwill-konto

LEDER 1: Ja, men nogle er jo hurtige til at gøre det

LEDER 2: Jo, der er jo nogle, der, lige så snart de kommer, har den der goodwill-konto, men der er også nogle, der skal arbejde for den [...] Det er så uheldigt, at det så måske er sådan en person, der går ned. Så er det et større problem end for en, der har lidt goodwill (40-42, B)

Det overskud – den kapital – den enkelte råder over i forhold til at opnå hjælp og støtte afhænger af personen. Hvis en person ikke har det, kan problemet blive *personliggjort*:

LEDER 2: Men der synes jeg, at deres rummelighed er stor overfor hinanden. I kortere perioder. Der er jo nogen, der trækker meget langt ud. Som altid har nogle problemer, og der kan man godt høre, at hvis det trækker for langt ud, så cutter man lidt. Der kan man godt mærke, at på et tidspunkt, der er den rummelighed ikke så stor overfor den person. Så er det ligesom noget, der hører til den person. Jeg ved snart ikke, hvordan jeg skal udtrykke det (70, B).

Dette har at gøre med, at der kun er en vis mængde af omsorg at trække på:

LEDER 1: Men jeg tror stadig, at det har lidt at gøre med det goodwill-begreb der [...] Har du trukket meget på kontoen, så skal du også på et tidspunkt sætte noget ind på kontoen igen. Det er nøjagtigt som en bank. Hvis du ikke fylder noget i den, kan du ikke tage noget ud af den [...] der er en pulje af omsorg, man kan trække på. Det er der også for os andre, fordi selv om man gerne vil blive ved, så kan man ikke blive ved. Så alting har en grænse (70-75, B).

Lederne vurderer, at der ledelsesmæssigt er brede rammer for, hvad der forventes af den enkelte, men har dog ”spekuleret på, om man som leder måske kan hjælpe dem til, hvordan man får sat noget ind på sin egen goodwill-konto” (39, B).

Lederne på Børneafdelingen kan også kende temaet *faglig forandring*, og uddyber det:

LEDER 2: Vi får nye forældre. Der er en ny generation, og de er utroligt vidende. De kender nogle ting, og de stiller nogle krav til os, og dem skal vi så også lære at håndtere. Og det kan også godt være, at man må sælge nogle holdninger til faglighed eller traditioner (88, B).

De vurderer, at den nye generation af patienter forventer specialister, hvilket til dels går i mod plejepersonalets tradition for at tænke om sig selv som generalister:

LEDER 1: Det er dem [specialister], det bliver efterspurgt. De andre risikerer at blive valgt fra af patienterne eller de pårørende. De er ikke bange for at sige *Dig kan jeg ikke bruge. Jeg vil hellere have hende derovre, for hun ved noget*. Det er en alvorlig psykisk belastning [...]

LEDER 2: Og det stiller jo store forventninger til personalet, for der er altid nogen, der her og nu er omstillingsparate. Og så er der andre, der kommer ud i den situation, som bare ikke kan få overskuet, hvordan man kan få det gjort (92-97, B).

De vurderer, at medarbejderne har en barrierer i forhold til at profilere deres egne kompetencer, og ser det delvist som et feminint træk (101-6, 122, B). Ligeledes vurderer de, at omverdenen heller ikke helt har erkendt, at det er det, der bliver tendensen:

LEDER 1: Jeg tror rent politisk, der har man længe erkendt, at når man skal være kirurg, så skal man selvfølgelig være specialist i at skifte knæ ud, men hvis så patienten skal passes, efter det knæ er blevet skiftet ud, så kan næsten hvem som helst gøre det. Det kan de altså ikke, og det forventer patienten heller ikke. For personalet har erkendt det, de er kun trygge, hvis de kan det. Så jeg kan godt forstå, at hvis man er vant til at passe præmature børn, så er det ikke så sjovt at komme over og passe en, der har anoreksi. Det er utrygt (170, B).

Lederne vurderer, at bevidstheden om egne kompetencer er vigtig for at kunne håndtere ændrede forventninger til fagligheden. Her vurderer de, at det er en barriere, at medarbejderne ikke ”får mere end de skulderklap, de har behov for”(109, B).

LEDER 2: Nej, det gør de ikke hverken af ledelse eller hinanden. Man er ikke god til at sige, *hold da op, det du lavede, det var rigtigt, rigtigt godt*. Altså spontant at gøre det, og det tror jeg, at der er mange, der mangler [...] vi er stadig for fokuserede på problemer (110, B).

Lederne taler om, at man godt kunne ”dyrke” den positive feedback, frem for at fastholde den ”problemorientering”, man er socialiseret til (112-117, B). De vurderer, at en forudsætning for dette er, at man ved, hvad man kan og ikke kan, og de foreslår i den forbindelse, at man arbejder med kompetenceprofiler.

### 7.1.3 GYN-OBS

Lederne på GYN-OBS kan kende temaet *fleksibel planlægning*. De taler mere direkte om, at medarbejderne har en meget travl hverdag. En leder siger:

LEDER 2: Altså, det er blevet sindssygt hårdt at være ansat på den her afdeling. Vi har sindssygt travlt. Det kan man godt mærke, og vi snakker om at lave noget, men tager du en person, og flytter den, så mangler den et andet sted. Så sådan er det (14, R).

Lederne vurderer, at specielt lægernes stress ”smitter” af på arbejdet i form af selvforstærkende cirkler, hvor alle stresser hinanden. De vurderer, at den fleksible organisering, der er rettet mod at gøre det bedste for patienten, producerer meget stress. Som en leder siger: ”vi prøver egentligt at gøre alle de her ting for at hjælpe patienten. Men det er altså næsten umulige arbejdsbetingelser” (166, 171, R). De vurderer, at lægernes stress påvirker arbejdet og stemningen (21, R):

LEDER 2: Bare den stemning, der er blandt jer [...] Bagtaleri på sekretærkontorerne [...]

LEDER 4: Sådan er det også hos os. Og det påvirker jo også, at lægerne er så stressede, for det smitter jo af. Hvornår får vi stuegang og dit og dat, for vi ender jo tit med overarbejde på grund af det. Og det der med, *kommer der nogen?* Og så spørger vi, og så er de stressede, og så snager de, og så snager vi. Altså, det er da en af stressfaktorerne (23-28, R).

Lederne kan også kende temaet *faglige forandringer*. De forsøger at imødekomme medarbejdernes behov for uddannelse og at skabe rum for diskussion af faglige problemstillinger, og nogle ledere har en ”regel” om, at svære patientsituationer tages op på konferencerne (320, 323, 327, R). En leder siger om de svære forløb:

LEDER 1: [vi prøver] at planlægge sådan noget debriefing oppe hos os. Det er meget sådan med, at er der et akutforløb, der ender meget dårligt, hvor at man har brug for, at der er nogen, hvor man så kan komme af med den der oplevelse. Det er ikke noget man har, men det er noget, vi arbejder med (326, R).

Udsagnet vidner om, at lederne forsøger at udvikle den tryghed, der skal til for at kunne dele tvivl og usikkerhed med andre, men også om at det ikke er noget, der kommer af sig selv. Det skal planlægges. Med hensyn til at kunne fortælle om sin tvivl er der forskel på, om man mener, at det er muligt. Nogle ledere mener, at det er muligt at spørge uden at blive ”grinet ud”. Andre mener, at det nogle gange er som om, ”det burde man faktisk vide” (273-280, R). Til medarbejderne refleksioner om anerkendelse af kvalifikationer siger lederne, at det synes de, at der er, men de bliver ikke konkrete i forhold til, hvordan de arbejder med det. De taler om, at de arbejder med kommunikation i afdelingen, nyhedsbreve osv. samt frustrationen over, at der ikke er tid til at læse informationerne. Som en leder siger: ”Det stresser jo folk, at man ikke kan nå at læse alt det, der kommer ud. Og det påvirker det psykiske arbejdsmiljø” (292, R).

Lederne i GYN-OBS har ikke så mange bud på indsatser, der kan bidrage til at medarbejderne kan håndtere kravet om fleksibel planlægning og faglig forandring. Til forskel fra medarbejderne taler de meget om den stress, der præger afdelingen.

## 7.2 Barrierer og muligheder for en indsats

Som det fremgår af ovenstående, kan lederne kende medarbejdernes perspektiver på, hvad der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø. I dette afsnit skal vi se på de barrierer og muligheder, lederne oplever i forhold til at arbejde med psykisk arbejdsmiljø.

### 7.2.1 Regelstyring eller selvledelse

Lederne på *Børneafdelingen* ser fleksibel planlægning og faglig forandring som noget, der rejser et ledelsesmæssigt spørgsmål om, hvorvidt arbejdet skal være regelstyret eller præget af selvledelse, dvs. styret af den individuelle medarbejders faglige betragtninger. De vurderer, at der ikke er nogle af disse systemer, der isoleret set er ideale, men ser overvejende en fordel i, at faglige holdninger kan diskuteres. De ser tendenser til, at man i dag vender tilbage til idealet om stramme procedurer og vurderer, at dette ikke nødvendigvis er ”sundt for patienterne” eller for faglig udvikling. Samtidig kan de se, at en organisation, hvor der ikke er procedurer, kræver en kontinuerlig diskussion om hvilke værdier og holdninger, der skal være styrende for arbejdet. Lederne vurderer, at det er vigtigt at finde en balance mellem på den ene side at udstikke generelle retningslinier og på den anden side at have en diskussionskultur med plads til individuelle forskelle (129, 131-149, B). Om idealet om en fælles holdning, siger en leder:

LEDER 1: Jeg har aldrig forstået, at man i sygeplejen har brugt meget tid på at snakke om, at man skulle have fælles holdning. Jeg synes jo ikke, at der er noget stærkere end forskellighed, hvis den vel at mærke bliver brugt på en hensigtsmæssig måde. Hvis vi havde samme holdning til alting, så havde vi jo i høj grad skabt fordomme til alting, fordi vi med det samme ville vide, hvad det var, vi stod overfor, og hvordan det skulle gøres. Det er jo i virkeligheden en generalisering af tingenes tilstand. Det kan være meget godt at have, og det er det, den erfarne mange gange har. Men vedkommende er også klar over, at sådan er verden jo ikke. At det er fint at betragte den med generelle briller, hvis man efterfølgende husker at gå ind og kigge på, hvad er så en specifik tendens, eller hvad er specifikt ved det her menneske (150, B).

I *GYN-OBS* efterspørger lederne omvendt fælles holdninger og regler f.eks. i forhold til hvilke patienter, der har ret til hvad. Lederne oplever, at en barriere for at arbejde med psykisk arbejdsmiljø er, at der ikke er nogen, der styrer. De vurderer, at ledelsesmæssige beslutninger overlades til den enkelte medarbejder:

LEDER 2: Lige så sent som her til morgen har vi stået og prioriteret [sekretærene], for jeg har to sekretærer, som slet ikke er ledelsessekretærer [...] for resten af tiden går med at løse vagtproblemer for lægerne, og det er vi så trætte af. Og her til morgen bliver der meldt tre kejsersnit på maternal request. Det betyder faktisk, at der er nogle cancerpatienter, der ikke kan blive opereret, fordi nogle vil have lavet kejsersnit, fordi de har lyst til det. Er det rimeligt? Nej, det er ikke rimeligt. Det skal ikke være sekretærene, der skal prioritere (94, R).

Lederne på *GYN-OBS* vurderer, at det er vigtigt, at der er en ”overordnet, der skærer igennem” og styrer (107, R). Noget tyder på, at den balance, som lederne på *Børneafdelingen* taler om, i mindre grad opleves på *GYN-OBS*.

## 7.2.2 Hvor går grænsen for omsorg?

Lederne på *Børneafdelingen* giver udtryk for, at det kan være vanskeligt at håndtere balancen mellem på den ene side at arbejde med psykisk arbejdsmiljø, på den anden side at respektere privatlivets fred. Denne balance bliver måske endda mere central, når professionelle kompetencer kobles til det personlige. En leder siger:

LEDER 1: [nogen] adskiller arbejde og den private sfære temmelig skarpt. Så der er altid nogle medarbejdere, hvor de andre ikke har indsigt i, hvordan deres privatliv egentligt er. Og dybest set, så bliver man nødt til at respektere det [...] Og det synes jeg er en af de vanskelige balancer mellem at respektere privatlivets fred og så at kunne arbejde med det psykiske arbejdsmiljø. Hvor er grænserne? (17, B).

Ifølge lederen er dette noget, man i praksis må føle sig frem til f.eks. i en samtale: jo tættere man er på en medarbejder, des nemmere er det at fornemme. Problemet består i, at de personer, der måske i kraft af at de har en skarp adskillelse af privatliv og arbejdsliv, og derfor gør sig og bliver usynlige som personer, selvsagt heller ikke er kendte af lederen. Dem, man kan se, har det dårligt ”er jo i virkeligheden de letteste”. Derfor kan det forekomme ”totalt overraskende”, når en medarbejder ikke trives (27, B).

Lederne vurderer, at når det er synligt og kendt, er det ikke svært at arbejde med. Her har man gode erfaringer med omsorgssamtaler, hvor der opstilles arbejdsvilkår, der tager hensyn til medarbejderen, og hvor man hjælper medarbejderen med at få yderligere hjælp. Det svære er at opdage dem, der er i ”farezonen” og at gøre noget, inden der bliver brug for særlige foranstaltninger. En leder siger: ”Jeg tror ikke, at de selv ved det, og vi andre ser det heller ikke”. En anden leder vurderer, at ”sundhedspersonale er enormt gode til at overse, at man har det dårligt”. De har høje forventninger og lægger et pres på sig selv (14-16, 22-25, 30, B).

Lederne i *GYN-OBS* finder det vigtigt at være opmærksomme på medarbejdere, der har det dårligt, men er ikke sikre på, hvordan de kan hjælpe dem. De vurderer, at det er vigtigt, at man som leder drager omsorg for medarbejderne, men vurderer også, at det er et tungt arbejde (250, 262, 335, R). En leder siger f.eks.:

LEDER 2: Men det er der, hvor det er hårdt at være leder nogle gange, når de kommer med deres ting og sager, puha. Det er tungt hele tiden at være den, der giver og giver bag en lukket dør. Så står man lidt alene bagefter. *Hvor fanden er det egentligt, jeg henter noget?* (337, R).

Lederne oplever således et dilemma mellem på den ene side at gøre alt for medarbejderne, på den anden side at magte det. I forhold til at forebygge, at medarbejdere får det skidt, forsøger de at tage hensyn til medarbejdernes ønsker og fungerer i høj grad som fleksible buffere (12, 14, 16, R).

LEDER 4: Kommer jeg på arbejde, og jeg har en hel masse arbejde, der skal laves, men så kan jeg se, at de bare er helt oppe at ringe, og der er ikke nogen at kalde ind, og der er meget sygdom, hvad skal jeg så gøre? Skal jeg så bare sætte mig på min pind, og så ved jeg, at så er der nogle, der er syge dagen efter? Det er rigtigt godt givet ud at lige tage de der to forundersøgelser, og så skal jeg bare lade være med at blive stresset. Og det er det med at være god til at tilsidesætte sine egne. På den måde synes jeg, man tænker psykisk arbejdsmiljø (229, R).

Man kan sige, at lederne oplever, at de selv er et redskab til at sikre det psykiske arbejdsmiljø. Konsekvensen er imidlertid, at de selv kan komme i farezonen:

LEDER 4: Jeg er da enormt dårlig til at gå hjem, som jeg skal. Jeg er enormt dårlig til at tage mig en fridag. Hvis der så lige kommer et eller andet, jamen så kommer jeg. Og jeg er enormt dårlig til ikke at gå hjem og lave noget derhjemme (83, R).

I GYN-OBS taler lederne ikke så meget om, hvordan man respekterer privatlivets fred. De taler i højere grad om, at det er vigtigt, at medarbejderne kender deres rettigheder som lønmodtagere. De vurderer også, at det er nødvendigt på et tidspunkt at "sætte standarden lidt ned" og sige, at hvis der mangler 50 pct. Medarbejdere, kan der ikke laves 100 pct. arbejde. Det store problem er, at der nogle steder mangler årsværk hele tiden, så der er lidt at fordele og meget at spare. De oplever også, at der er meget sygdom, selvom de ikke kan se det i statistikkerne (16, 90, 207-209, R).

I forhold til medarbejdere, der ikke kan klare arbejdet, vurderer lederne, at det er vigtigt, at der opstilles klare forventninger, så man kan vælge, om man vil blive eller ej (336, R). Nogle ledere holder sygesamtaler, men synes det er svært at nå. Rummeligheden overfor medarbejdere, der har svært ved at klare arbejdet, har også en grænse. F.eks. siger en leder om medarbejdere i flexstilling:

LEDER 1: De rester, der bliver af døgn og nattevagter fra dem, som ikke kan tage det, de ryger bare over på de andre. Og der havde jeg fast i [enhedsledelsen] og spurgte: *Hvorfor har man ikke sat nogen rammer for, hvad det betyder, når man har nogen ansat i flexstilling?* [...] Altså, oppe hos os, der er der nogle, der siger *Jeg har flexjob, jeg vil altså ikke have flere [bestemte opgaver], jeg vil kun*. Og det vil sige, at så æder de en masse vagter. Hvorfor er der ikke noget modkrav, når man giver folk en ydelse, fordi de ikke kan udføre deres arbejde? [...] LEDER 2: Men der tror jeg faktisk, at du har fod på noget meget vigtigt her i den her afdeling. For der bliver ikke meldt ærligt ud. På en eller anden måde, så tænker man, det må folk selv, og man lader folk køre helt ud i hampen (193-196, R).

Problemet er ikke flexstillinger. Problemet er snarere, at tolerancen overfor og evne til at kompensere for medarbejdere, der ikke magter arbejdet, har en grænse. Her ser lederne, at det er vigtigt, at forventninger bliver meldt ud, før "folk kører helt ud i hampen".

## 7.2.1 Lederrollen

Lederne på *Børneafdelingen* oplever ikke, at der er store barrierer i forhold til at arbejde med psykisk arbejdsmiljø. De vurderer, at ledelsesformen i sygehusvæsenet har ændret sig, og at der i dag forventes "lidt af hvert". Medarbejderne skal på den ene side inddrages og have medansvar, på den anden side skal lederen kunne træffe beslutninger. Det kræver uddannelse, men først og fremmest erfaring, "redskaber" og holdninger. Det er ledernes opfattelse, at de barrierer, en leder kan have i forhold til at arbejde med psykisk arbejdsmiljø, ikke adskiller sig fra de barrierer, medarbejderne kan opleve. Forskellen består i, at en leder har færre at være i "netværk" med. De vurderer, at det er vigtigt, at en leder er opmærksom på, hvordan vedkommende har det psykisk og er i stand til at søge hjælp og at sige stop, før det går skævt og påvirker afdelingen (186-192, B).

Lederne i *GYN-OBS* oplever, at en barriere for at arbejde med psykisk arbejdsmiljø er, at man som leder selv er under pres. Det opleves som en barriere er, at man som leder ikke altid har nogle ordentlige rammer at arbejde indenfor. En leder siger:

LEDER 1: Men jeg synes bare, at man kun kan være en god leder, hvis man har nogle ordentlige rammer, for hvis vi som ledere går i et usikkert rum, bliver det vi giver videre til de andre, det bliver endnu mere usikkert, end det vi selv har modtaget, og så bliver det sådan noget vattet noget, som giver usikkerhed og utryghed og dårligt psykisk arbejdsmiljø (356, R).

Nogle ledere mener, at man selv må skabe rammerne. Andre finder dette umuligt og oplever, at de har begrænsede handlemuligheder. Generelt vurderer lederne på GYN-OBS, at forudsætningen for, at en leder kan arbejde med psykiske arbejdsmiljø, er, at der er en "overdommer", der tager et "ansvar for at få det til at hænge sammen". De ledere, der oplever, at der er en overdommer, oplever, at der er "respekt" omkring deres lederskab. De oplever, at deres grupper fungerer godt, og at de kan være opmærksomme på det psykiske arbejdsmiljø. Andre oplever ikke dette og ser sig mere som en "marionetdukke" end som en leder. En leder vurderer, at det også handler om, at tingene i enheden ofte er "utroligt ustrukturerede" (39-41, 44, 51-66, 76, 158, 221, 347-350, 358, R).

Samlet kan man sige, at lederne i GYN-OBS i højere grad end på Børneafdelingen taler om, at det er krævende at forvalte lederrollen. De oplever, at deres muligheder for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø primært drejer sig om at agere som buffere for stress, men resultatet er også, at nogle oplever, at de ikke er rigtige ledere, eller at de selv kan blive stressede. Man kan sige, at det forhold, som lederne på Børneafdelingen påpeger, nemlig at lederens psykiske velbefindende er en forudsætning for at kunne arbejde med psykisk arbejdsmiljø, bliver særligt synligt på GYN-OBS. Lederne er måske så pressede, at de ikke kan arbejde for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø uden selv at blive stressede. Lederne på GYN-OBS lægger da også vægt på netværk og på, at de som ledere får redskaber til at håndtere lederrollen (340-344, R).

### 7.2.1 MED-udvalget

Lederne på *Børneafdelingen* oplever, at LMU i nogen grad har spillet en rolle i forhold til arbejdet med psykisk arbejdsmiljø, men at det ikke er pga. af medarbejderne:

LEDER 1: Jeg ville meget gerne, at det var medarbejderne, der kom med det [til dagsordenen]. Det har de ikke tænkt på, at de kan. Det er jo deres problemer, som vi kan have gavn af at sidde og snakke om. Men selvfølgelig er det også vores, til at vi kan forklare, hvorfor ledelsen gør, som den gør i forskellige situationer. Det er selvfølgelig gensidigt (183, B).

Lederne på *GYN-OBS* vurderer, at der er mange fora, hvor de "teoretisk" set kan arbejde med psykisk arbejdsmiljø. MED-udvalget er et af disse fora, men de oplever ikke, at temaer om psykisk arbejdsmiljø fylder på møderne. Psykisk arbejdsmiljø kommer frem på "vandrørene", eller også er det noget, de oplever at SiO tager sig af (124, 140-141, 192, R). En mellemleder siger om MED-møderne:

LEDER 2: Jeg synes, at MED-møderne, der skal vi som mellemledere være mere solidariske med vores ledere. Det er den rolle, jeg føler der. Som regel holder vi et ledelsesrådsmøde inden, og der får vi det præsenteret, og der får vi snakket om det. Så er det ligesom om, at det er så ledelsen, der melder ud, og så kan medarbejderne ligesom sige, hvad de så mener om det, men vi skal sådan være lidt mere stille der. Og være solidariske (145, R).

Lederne mener ikke, at det ville være "farligt" at tale om psykisk arbejdsmiljø, men de er også enige om, at de ikke gør det: "Vi sidder bare og lytter på, hvad medarbejderne siger" (147-149, R). Det er ledernes oplevelse, at MED-møderne er stærkt underprioriteret.



rede af lægerne og vurderer, at det er fordi lægerne er stressede, har en ”opgivende holdning”, og ikke oplever at møderne resulterer i handling (151-152, R).

## 7.3 Indsatsen overfor ledere

Vi vil nu forsøge at anvende lederens oplevelser til mere præcist at identificere barrierer og muligheder for at styrke opmærksomheden, engagementet og prioriteringen af arbejdsmiljøet i den daglige praksis. Endelig vil vi forsøge at opstille anbefalinger for BARSoSus indsats overfor denne målgruppe.

### 7.3.1 Om temaer i psykisk arbejdsmiljø

Lederne i begge enheder kan kende medarbejdernes oplevelser af, hvad der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø. De kan kende de vilkår, der følger med forventningen om fleksibel planlægning og kontinuerlig faglig forandring.

En nuanceforskel er, at lederne på GYN-OBS i højere grad taler om de *selvforstærkende negative processer*, der kan følge med forventningen om fleksibel planlægning og faglig forandring. De oplever i højere grad, at der er en risiko for, at fleksibiliteten fører til stress og en oplevelse af utilstrækkelighed. Og de oplever også i højere grad, at tillid kan overskygges af usikkerhed og mistillid, der f.eks. kommer til udtryk i sladder. Her minder lederens oplevelse om sikkerheds- og tillidsrepræsentanternes betoning af risikoen for, at den fleksible planlægning bliver en kompensation for manglende helhed og kollektivt ansvar frem for noget, der bidrager til at styrke oplevelsen af sammenhæng og gensidig forpligtelse. Lederne på GYN-OBS taler ikke så meget om mekanismerne og forudsætningerne for, at den kultur, der følger med den fleksible planlægning og kravet om faglig forandring, kan bidrage til positive versus negative processer. Her er det kendetegnende, at lederne på Børneafdelingen har en hypotese om, hvad det er for nogle kulturelle former, der opstår, når vilkårene i arbejdet – og dermed den organisatoriske kontekst – får en mere fleksibel og foranderlig karakter.

Lederne på Børneafdelingen ser, at det fleksible arbejde og kravet om faglig forandring får betydning for forholdet mellem arbejdsliv og privatliv. De ser, at grænsen mellem privatliv og arbejde bliver mindre skarp både i bogstaveligste forstand f.eks. med hensyn til arbejdstider og i mere kulturel forstand, idet det at kunne indgå i en sådan arbejdskultur i højere grad kræver en *personlig* indsats. Den enkelte medarbejders personlige indsats kan næsten i bogstaveligste forstand betragtes som en personlig investering i en fælles *pulje af støtte og opbakning*, som personen så til andre tider kan trække på. Denne pulje er en *social* pulje – en konto – som ideelt set er i balance. I perioder, hvor der er meget travlt, kan der ske et overtræk på kontoen, som bevirker, at selvom der foretages investeringer, så er der ikke de samme ressourcer at trække på. Her kan der opstå en kamp om at fremhæve sine behov, hvor nogle medarbejdere ikke har så gode odds i forhold til at gøre sig bemærket. Rummeligheden overfor de medarbejdere, der måske ikke magter arbejdet, og som måske har mest brug for rummeligheden, indskrænkes. Netop derfor taler lederne om, hvordan de måske kan bidrage til, at den enkelte får sat noget ind på ”goodwill-kontoen”, således at den på trods af travlhed kan være i balance. De taler om at facilitere en rosende og anerkendende kultur. Alternativet kan netop være selvforstærkende negative processer, hvor alle oplever sig som pressede, og hvor der er en risiko for, at medarbejderne ikke er motiverede til at bidrage til den

sociale pulje med mindre, der er en umiddelbar personlig arbejdsmæssig gevinst forbundet med det.

Man kan sige, at denne risiko kommer til udtryk i de oplevelser, som lederne på GYN-OBS har. De oplever i højere grad mangel på overskud, der kommer til udtryk som mistillid og lavere tolerancetærskel, og giver udtryk for et behov for at ændre eller justere forventningerne til den personlige indsats. De fremhæver f.eks. medarbejdernes rettigheder og lægger vægt på, at rummeligheden afgrænses, så man ikke udnytter medarbejdernes vilje til at være fleksible. I Børneafdelingen taler lederne om, at der er brede rammer for, hvad medarbejderne forventes at magte og fremfor rettigheder taler de om respekten for det enkelte menneskes privatliv. Ligesådan taler de ikke om at afgrænse rummeligheden men om at øge det sociale overskud.

Denne forskel blandt lederne kan have at gøre med forskelle i intensiteten i det krydspres, som organisationen og dermed dens medlemmer skal håndtere. Men det kan også have noget at gøre med det, som lederne på GYN-OBS taler om, nemlig at der kan opstå negative selvforstærkende processer, der i sidste ende kan føre til mindre rummelighed overfor medarbejdere, der ikke kan magte arbejdet. Her kan man antage, at organisationen selv kan bidrage til at forebygge sådanne negative processer og aktivt kan bidrage til at øge det sociale overskud. Eftersom medarbejderne tillægger lederne en væsentligt betydning for det psykiske arbejdsmiljø, og fordi man kan antage, at ledere kan bidrage til at sætte rammerne for organisationens *indre* liv, bliver det væsentligt, hvordan lederne ser deres rolle i forhold til at arbejde med psykisk arbejdsmiljø.

### **7.3.2 Barrierer og muligheder for en indsats**

Lederne på Børneafdelingen giver udtryk for, at forvaltningen af lederrollen kræver erfaringer, holdninger og redskaber. Samtlige ledere giver desuden udtryk for, at lederens psykiske overskud har en indflydelse på, om man kan arbejde med psykisk arbejdsmiljø. Ligesom medarbejderne kan lederne have mere eller mindre psykisk overskud til at bidrage til, at der er et socialt overskud på arbejdspladsen, og ligesom medarbejderne kan lederne være fagligt usikre på lederrollen.

Vi har tidligere identificeret nogle organisatoriske træk, hvor et væsentligt træk var forandringer i retning af en mere polycentrisk struktur. Et væsentligt element heri var omstillingen til den fleksible planlægning. En risiko forbundet hermed er, at organisationen så at sige forsvinder eller bliver utydelig. Det kommer f.eks. til udtryk i medarbejdernes oplevelser af, at beslutninger bliver svære at fastholde og i efterspørgslen på fælles holdninger og tilgange. Det krydspres, som ledere kan opleve i den sammenhæng, er, at de på den ene side forventes at repræsentere, have overblik over og tage ansvar for hele organisationen, fordi ingen har det, samtidig med at de ikke selv har det. Man kan sige, at det forventes, at lederen kan markere organisationen som en enhed, der tager rationelle og fornuftige beslutninger og handler derefter samtidig med, at organisationen har en sådan karakter, at det bliver sværere for nogen enkeltperson at påvirke, kontrollere eller styre alle beslutninger. Det sker paradoksalt nok, fordi beslutninger følger den enkeltes faglige vurderinger i mødet med patienten. Når lederne taler om, at det er vigtigt at finde en balance mellem regelstyring og selvledelse, er det netop denne problematik, de ser. Det samme gælder, når lederne fremhæver, at de problematikker, der kan være i det psykiske arbejdsmiljø blandt medarbejderne, også i vidt omfang kan gælde for lederne:

I og med den fleksible planlægning bliver forskellen mellem ledere og medarbejdere mindre. Det særlige ledelsesmæssige pres består i, at det forventes, at ledere skal kunne tydeliggøre organisationen – ikke ved at kende alle dens hjørner og kanter, men ved at være synlige for medarbejderne som en *person*, der drager omsorg for og varetager såvel den enkelte medarbejders som helhedens interesser. Ledere må have kompetence til at markere *forventninger* snarere end at styre enkelthandlinger.

### 7.3.3 BARSoSus indsats

Med udgangspunkt i det foregående vil vi give anbefalinger i forhold til BARSoSus indsats for at understøtte ledernes arbejde med det psykiske arbejdsmiljø. Det anbefales:

- At BARSoSus i indsatsen overfor lederne er opmærksom på, hvordan organisatoriske vilkår har betydning for de barrierer og muligheder, ledere oplever i forhold til at styrke arbejdsmiljøarbejdet. I organisationer præget af individualiseret fleksibilitet og forandring vil det i mange henseender være utopisk at forestille sig, at det er tilstrækkeligt, at lederne har det overblik eller den indsigt, der skal til for at være opmærksomme på alle aspekter af det psykiske arbejdsmiljø. Det mest realistiske forekommer derfor at styrke ledernes mulighed for og evne til at gå i *dialog* med, opstille *forventninger* til forskellige aktører og *rammer* for deres indsats for at styrke det psykiske arbejdsmiljø.
- At BARSoSus indsats retter sig mod at tydeliggøre de ledelsesproblematikker, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø ved at fokusere på:
  - *Lederens personlige og ledelsesmæssige kompetencer* til at fungere som katalysator for arbejdet med psykisk arbejdsmiljø: at kunne gå i dialog med forskellige aktører om det psykiske arbejdsmiljø og at kunne opstille forventninger til indsatsen konkret i form af rammer og indhold
  - *Konkrete projekter*, hvor ledere får *erfaringer* med at arbejde med at forbedre det psykiske arbejdsmiljø i et samarbejde med forskellige aktører.
  - *Ledernes viden* om, hvad der kendetegner psykisk arbejdsmiljø, og hvordan man som leder kan handle. Det gælder i særlig grad i forhold til medarbejdere, som der er en formodning om ikke trives og i forhold til at håndtere konflikter blandt medarbejdere på en konstruktiv måde.
- At BARSoSu tilbyder produkter, der retter sig mod at styrke lederes indsigt i, hvordan egen ledelsesstil, egne ledelsesformer og forventninger til handlemuligheder har betydning for kulturen og det psykiske arbejdsmiljø på arbejdspladsen. Dette skal ses i lyset af, at ledelsesrollen af medarbejderne og lederne selv opfattes som en rolle, der er afhængig af personlige kompetencer: holdninger, erfaringer og redskaber. Sådanne produkter bør desuden rette sig mod at styrke ledernes kompetencer til at gribe ind på en empatisk og konstruktiv måde, hvis der er konflikter eller en formodning om, at en medarbejder eller grupper ikke trives.
- At BARSoSus tilbyder produkter, der bidrager til at styrke ledelsens viden om de organisatoriske betingelser for arbejdet med psykisk arbejdsmiljø set ud fra ledelsesrollen. Dette kan ske i form af værktøjsskasser til brug i ledelsesgrupper eller ledelsesnetværk med fokus på centrale temaer i arbejdslivet f.eks. det fleksible arbejde,

faglige forandringer, arbejds-, lærings- og omsorgskulturer. Lederne nævner her selv temaer som forholdet mellem regelstyring og selvledelse eller forholdet mellem arbejdsliv og privatliv. Værktøjskasserne bør ligesom ved medarbejderne altid rumme teoretiske, refleksiv-praktiske, handlings- og evalueringsmæssige elementer. De bør desuden rumme en formidling af praktiske erfaringer og metoder i forhold til at handle overfor konkrete problemer med psykisk arbejdsmiljø, f.eks. hvordan man som leder agerer, hvis man har en formodning om, at en medarbejder mistrives, eller hvis der er konflikter på arbejdet.

- At BARSoSu tilbyder produkter, der kan anvendes til at igangsætte en dialogbaseret proces blandt forskellige aktører, hvor arbejdsmiljøarbejdet sættes på dagsordenen. Det kan f.eks. ske via forsøgsprojekter, der involverer flere aktører, forankres i organisationen som helhed, og tager udgangspunkt i, hvordan man på forskellige niveauer skaber rammerne for et godt psykisk arbejdsmiljø. På et ledelsesniveau kan det dreje sig om rammer for arbejdet, for faglig udvikling og for den omsorg og rummelighed, der er på arbejdspladsen. Lederne foreslår her, at man arbejder med arbejdstilrettelæggelse og -fordeling, kompetenceprofiler og forskellige tiltag, der bidrager til en rummelig og omsorgsfuld kultur f.eks. omsorgssamtaler og medarbejderudviklingssamtaler. Projekterne bør følges op af evalueringer af, hvilke erfaringer ledelsen har med at gennemføre konkrete tiltag vedrørende psykisk arbejdsmiljø, og i hvilket omfang det har bidraget til at styrke indsatsen hhv. fordele ansvaret for arbejdsmiljøarbejdet. Sidstnævnte gælder ikke mindst i forhold til MED-udvalget, som kunne være men ikke nødvendigvis er, en sparringspartner for ledelsen i spørgsmål vedrørende psykisk arbejdsmiljø.
- At BARSoSu tilbyder produkter, der bidrager til dialog, sparring og netværk blandt ledere omkring arbejdet med psykisk arbejdsmiljø, og som tager udgangspunkt i formidling af positive erfaringer med projekter om psykisk arbejdsmiljø. Dette kan f.eks. være konferencer, seminarer, studieture m.m. For så vidt disse produkter målrettet sigter på at opbygge konkrete samarbejder, må det anses som frugtbart – ikke mindst set i lyset af, at lederne kan have svært ved at nå det udviklingsarbejde, der ligger før en indsats.



## 8. MED-udvalg

I det følgende vil vi præsentere, hvordan MED-udvalgene oplever de perspektiver, som medarbejderne giver udtryk for. Dernæst skal vi se på hvilke barrierer og muligheder, de oplever, der er med hensyn til at arbejde med psykisk arbejdsmiljø. Endelig vil vi give anbefalinger for BARSoSus indsats overfor MED-udvalg.

Det skal bemærkes, at de to sygehuses MED-organisationer er forskellige. På Blåkilde Sygehus er der et centralt MED-udvalg (CMU) for hele sygehuset og lokale MED-udvalg (LMU) for de enkelte afdelinger. På Ravnkilde Sygehus er der ikke et centralt MED-udvalg på sygehuset, men alene MED-udvalg, der følger opdelingen i funktionsenheder. MED-udvalg svarer her til LMU på Blåkilde Sygehus. Set i det perspektiv kan man sige, at MED-organisationen for begge sygehuse er knyttet til opgavestrukturen, men for Blåkildes vedkommende yderligere er forankret i et centralt MED-udvalg knyttet til sygehusets øverste ledelse. For at tydeliggøre denne forskel har vi valgt at kalde den MED-organisation som Blåkilde Sygehus har, for *den kombinerede MED-organisation*, idet den både rummer en hierarkisk dimension, der følger ledelsesstrukturen på hele sygehuset, og en opgavemæssig dimension, der følger opgavestrukturen. Den MED-organisation, som Ravnkilde Sygehus indgår i, har vi valgt at kalde *den funktionsopdelte MED-organisation*, fordi den hierarkiske dimension er afgrænset til funktionsledelsen, og fordi udvalget primært er etableret i hht. opgavestrukturen.

I evalueringen er der gennemført gruppeinterviews med hhv. CMU på Blåkilde Sygehus og MED-udvalget på GYN-OBS. Det betyder, at der er gennemført gruppeinterviews med det 'øverste' MED-udvalg inden for det enkelte sygehus, *men* at dette er hhv. et centralt og lokalt MED-udvalg. I forhold til analysen betyder det, at man ikke umiddelbart kan *sammenligne* de to MED-udvalgs perspektiver. Man må i stedet se dem som forskellige mulige perspektiver i en MED-organisation. For at kompensere for det manglende interview med Børneafdelingens LMU på Blåkilde Sygehus vil vi løbende referere til de udtalelser, som individuelle LMU-medlemmer har givet udtryk for i de øvrige gruppeinterviews. Ligeledes vil vi løbende reflektere over, hvordan det enkelte MED-udvalgs perspektiver skal ses i relation til MED-organisationen.

### 8.1 Om temaer i psykisk arbejdsmiljø

I det følgende præsenteres MED-udvalgenes oplevelse af medarbejdernes perspektiver på hvilke forhold, der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø.

#### 8.1.2 Den kombinerede struktur

De LMU-medlemmer, der deltog i de øvrige interviews, kan i alle henseender kende medarbejdernes perspektiver. I CMU, der er MED-udvalget for hele sygehuset, kan man også kende medarbejdernes perspektiver. Det gælder f.eks. temaet om den *fleksible planlægning* og de krav, den stiller til et socialt og personligt overskud. CMU oplever, at den fleksible planlægning overvejende er en fordel, men erkender også, at den er afhængig af en gensidig forpligtelse, hvis der ikke skal dannes uhensigtsmæssige uformelle hierarkier:

REPRÆSENTANT 1: Det er jo ofte som et reb, hvor i den ene ende er der nogle, der fortæller, hvad man skal gøre, og i den anden ende er der fuldstændigt anarki. Og der indimellem er der måske rarere at være end ude i yderkanterne.

REPRÆSENTANT 2: Men det har da givet noget frustration. For man skal væk fra den der, *jeg vil gerne have det sådan og sådan til hvis jeg har en forventning om, at jeg kan et eller andet, hvad kan jeg så byde ind med, for at det hele går op i en højere enhed?* Og den der omstilling til, at man er en del af det hele, og at vi skal få det hele til at gå op. Jeg kan ikke bare aflevere en seddel og sige, *det må du finde ud af*.

REPRÆSENTANT 1: Det er jo noget-for-noget-princippet. [Vi] er jo ikke ude efter, at det bliver en anden måde at have socialt hierarki. Det skulle jo gerne være en væsentlig fladere måde at være på, i stedet for en [ny] form, hvor nogle er rigtig gode til at tage ved kasse 1, og så er der nogle andre, der bare må fylde posen bagefter (23-25, B).

CMU'et kan også kende temaet om *faglig forandring*. De ser, at patienternes forventninger ændrer sig, og at klager fylder mere, men vurderer, set i forhold til udlandet, at man stadig er i "smult vande", selvom der er "krusninger på vandet" (29, B). De ser det som vigtigt, at man omstiller sig fra idealet om en "no-blame-kultur" til at lære, at klager er en del af virkeligheden (34-36, B). I forlængelse heraf ser CMU'et det som vigtigt, at man bidrager til dette ved at sikre, at kompetenceudviklingen følger med de forventninger, omgivelserne har. I den forstand kan de kende medarbejdernes temaer om at arbejde med og at anerkende forskellige kompetencer. Her vurderer CMU'et ligesom ledelsen på Børneafdelingen, at det er mere brug for at synliggøre de kompetencer, der er ud over de formelle kompetencer og ud over de traditionelle faggrænser:

REPRÆSENTANT 1: I virkeligheden tror jeg, at der er mere brug for at demaskere, hvor meget kompetence, vi i virkeligheden har. Vores største kompetenceproblem er jo i virkeligheden, at der kan være nogle sygeplejersker, der holder [social og sundhedspersonale] nede og siger, *I kan bare tage de der basale ting*. De må ikke have lov at lave nogle sjove ting. Hvor det konkrete, man skal lære dit og dat, det har jeg en fornemmelse af, fungerer helt godt [...]

REPRÆSENTANT 2: Den giver også helt sig selv for i og med, at vi hen ad vejen bliver færre ressourcer, så er det også strengt nødvendigt at udnytte dem, vi har. Så det kan slet ikke lade sig gøre at have den indstilling mere (53-54, B).

Behovet for at synliggøre og at udnytte alle kompetencer hænger således også sammen med, at det bliver mere og mere vigtigt, at få "alle ressourcer i spil" (42-46, B). CMU'et ser dog, at denne ekstra udnyttelse af ressourcer har en grænse. På et tidspunkt vurderer man, må det gå ud over serviceniveauet, og her ser man, at det kræver en prioritering eller alternative måder at gøre tingene på:

REPRÆSENTANT 2: Og så sige, *tidligere havde vi de ressourcer, nu har vi de her. Hvad er det så, vi skal gøre?* Den øvelse har vi ikke været gode til. Den arbejder vi med. For det må nødvendigvis blive et andet serviceniveau. Vi kan ikke gå på kompromis med kvaliteten, men servicen kan ikke blive den samme.

REPRÆSENTANT 1: Med mindre vi finder nogle geniale måder at gøre det på (60-61, B).

Om den prioritering og udvikling af nye måder at gøre tingene på, siger en CMU'er:

REPRÆSENTANT 1: Det, patienterne forventer, opfatter jeg som helt naturligt. Det handler om samfundet udenfor, og hvis vi indretter et sygehus, der passer til en gammel tid, så er der jo ikke meget sjov ved det [...]. Noget af det, forventer jeg, at vi har og kan leve op til, og noget kan vi ikke, og noget behøver vi heller ikke at leve op til. Fordi [patienten] har læst 17 internetsider, så ved man måske ikke lige præcist. Og det jeg ser som vores største problem, det er ikke at lære nyt, for det er faktisk kloge mennesker, der er ansat [...] men engang

er ikke at lære nyt, for det er faktisk kloge mennesker, der er ansat [...] men engang imellem er man nødt til at gøre nogle valg [...] og det er typisk i et politisk og i et vidensamfund, der er det svære at fravælge de ting, man så ikke skal gøre mere. Og det er et skisma specielt i plejen, hvor man har en opfattelse og en etik, man gerne selv vil leve op til, men som ikke nødvendigvis er efterspurgt af politikeren eller patienten, og hvor man er nødt til at tage stilling til, hvad man så skal gøre med den sparsomme tid man har [...] Der var håbet, at man kunne finde nye metoder [...] *Do it smarter*. Så det skisma er der hele tiden, og der er vi nødt til at sige: det er kommet for at blive. I morgen er det endnu værre (76, B).

CMU'et kan også kende temaet om *den usynlige medarbejder*. De vurderer, at signalerne er relativt tydelige, men at barrieren for at gøre noget ved det handler om noget menneskeligt: om at have mod til at handle.

REPRÆSENTANT 1: Altså, den ene ting er at finde ud af, om folk har det skidt. Den anden ting er, at hvis man er i tvivl, om man så tør sige det højt. Og den tredje ting er så, hvis man ikke selv kan magte det, hvor kan man så gå hen [...] og det opfatter jeg som det vanskeligste, at det er fra, at folk har en eller anden fornemmelse, til at de tør få det sagt [...] Det, der er væsentligt synes jeg, det er at folk de ved, at man har en forventning om, at hvis man har en begrundet formodning, så er det bedre at være proaktiv, altså forebyggende, end at man skal helt derud, hvor man nærmest skal hente dem ud af depressionens tåger [...] Der er jo en lang række indikatorer på, hvor man kan se, om folk har det skidt, og så er der helt almindelig psykologisk observation og kropssprog og ændringer i stemmens klang, og det er sygeplejerskerne gode til (75-82, B).

Samtidig kan CMU'et se, at de forhold, der forårsager, at rummeligheden måske ikke altid er så stor, og at man ikke altid kan være opmærksom på disse forhold, ikke nødvendigvis ændrer sig. Her lægger de selv vægt på, at skabe tillid til den gode vilje:

REPRÆSENTANT 2: Altså, vi kan sagtens snakke om, hvordan vi kan blive bedre til at acceptere, at situationen er, som den er [færre ressourcer], men det ændrer ikke situationen vel?  
REPRÆSENTANT 1: Det er ikke nødvendigvis noget man sidder alene med [...] vores opgave er jo at holde folk kørende, ikke at de bryder sammen [...] men det strammer da hist og pist. Så man skal da hente meget af energien på positivkontoen inde i sig selv (83-87, B).

CMU'et kan således se, at fleksibel planlægning og faglige forandring også kræver et særligt overskud på den sociale og den personlige "konto". Dog mener man, at travlheden aldrig kan eller må blive så omfattende, at man ikke har tid til at hilse.

REPRÆSENTANT 1: Når direktøren går i området, så siger de, *han hilste på mig*. Det var de ikke vant til før, at direktøren gjorde... ude på landet der hilser man på dem, man møder.  
REPRÆSENTANT 2: Det tager jo ingen tid, vel?  
REPRÆSENTANT 1: Nej, så travlt kan man aldrig have, at man ikke kan hilse  
INTERVIEWER: Men tror du ikke, at folk kan opleve, at det er svært [når man har travlt?]  
REPRÆSENTANT 1: Det er noget andet. Nu snakker vi om, hvad der foregår inde i folks hoveder [...] Indimellem inde i folks hoveder, der foregår alt muligt (115-121, B).

Det, CMU'et oplever, er, at evnen til at dyrke det sociale drejer sig om noget kulturelt og personligt - en særlig indstilling.

Som centralt MED-udvalg ser de, at de kan bidrage til at skabe rammerne for, prioritere og uddelegere indsatsen for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø på en række områder, som den enkelte afdeling ikke kan. Her nævner de f.eks. det at kunne iværksætte projek-



ter, der tydeliggør forventninger til arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø (arbejdsmiljøpolitikker), projekter, der sigter på at styrke ledelsesrollen og ledelsesfilosofien på arbejdspladsen samt projekter, der sigter på at skabe rammer for faglig udvikling f.eks. kompetenceregnskaber og –profiler. Disse projekter bør ifølge MED-udvalget være forankret i holdnings- og værdiarbejde.

### 8.1.3 Den funktionsopdelte struktur

MED-udvalget i den funktionsopdelte struktur kan også kende medarbejdernes perspektiver. Om temaet *fleksibel planlægning* giver MED-udvalget udtryk for, at den fleksible planlægning også medfører negative forhold i form af arbejdspress og ud fra erfaringsudveksling med andre MED-udvalg, ser de det som et generelt fænomen:

REPRÆSENTANT 3: Og det var helt evident, det pres som hele systemet er under nu, at nogle flitsbuer er knækket nu. Altså, vi går jo i en verden, hvor du kan ikke bare lukke produktionsbåndet. For vores kunder, de kommer ind ad døren, hvad enten vi vil det eller ej. Og det vil sige, jo mere pres, der kommer ovenfra, og det gør der jo, jo mere pres bliver der lagt hele vejen ned i systemet der. Og det er jo klart, at når den når ned til dem, der står og skal rage kastanjerne ud, og der måske lige er dobbelt så meget arbejde [...] Jamen så på et eller andet tidspunkt, så knækker snoren [de bukker under for stress].

REPRÆSENTANT 5: Det var meget, meget tydeligt, at det også er alle de andre funktionsenheder. De sidder med de samme problemer. Ringe folk ind, og sygdom, og psykologer og langtidssygdomme på bekostning af det psykiske arbejdsmiljø. Men det synes jeg kun gør det værre. At man også får bekræftet, at det også er alle de andre, for så bliver det jo næsten endnu sværere at gøre noget ved det. Hvis det kun var os, så var det ligesom om, at man kunne sige *Jamen hvad er det, vi gør galt* (33-34, R).

MED-udvalget ser, at der ikke bare er få, men en ”lille stribe”, der for tiden ”knækker”. De ser det som et symptom på, at medarbejderne i stigende grad har problemer med at klare deres arbejdsopgaver, og at det er den ”generelle arbejdsbelastning”, der får det til at ”flyde over”. Der er få, der kan undværes, så sygdom, barsel m.m. giver et ”pres på hele afdelingen” (42, 76, 78, R). Her oplever MED-udvalget, at man befinder sig en slags ”negativ spiral”. Den negative spiral består i, at travlheden gør, at man også *selv* bidrager til at forstærke arbejdspresset. Dette kan for det første ske ved, at man ikke ser andet end travlheden og så at sige producerer det, man kan kalde en stresskultur:

REPRÆSENTANT 2: Fordi nu det afsnit, hvor jeg er, der oplever jeg, at der snakkes vi 90 pct. af tiden om, hvor travlt vi har. Og det kan godt blive en negativ spiral. Så til sidst føler vi alle, at vi har så travlt, at vi er ved at drukne, fordi den hele tiden bliver taget op (188, R).

For det andet kan det ske ved, at man pga. af travlheden ikke får gjort noget ved de forhold, der bidrager til stress:

REPRÆSENTANT 5: Men vi spænder også ben for hinanden hele tiden i vores arbejdsgange [...] Lægen kan mærke konstant, at der står 1 eller 4 og venter [...] Vi [plejepersonalet] bruger enormt meget tid på at stå og vente på en læge, fordi vi ikke tør gå, for nu er der endelig en. Og lige præcis der, har vi nogle arbejdsgange, der er meget stressede, og som bekræfter os i, at vi har travlt. Vi skaber selv travlheden (197, R).

Det er MED-udvalgets oplevelse, at afdelingen har forsøgt at gøre en indsats for at forbedre arbejdsgangene. Deres oplevelse er imidlertid, at på trods af arbejdsgrupper og gode forslag, så er forholdene sådan, at planer ”i idealtilstanden” kan fungere, men at

denne idealtilstand aldrig findes. Man oplever, at man sidder i ”et catch, hvor alle boldene er oppe i luften, og de kommer regnende ned i det der tempo” (216, 222, R). MED-udvalget har den samme oplevelse, som nogle af medarbejderne, nemlig at der hele tiden sker noget, så det bliver svært at handle og at se, at nogen kan gøre noget.

MED-udvalget kan også kende medarbejdernes tema om *faglig forandring* og i særlig grad de følger, som ændrede patientforventninger har. De ser det som et symptom på et ”forbrugersamfund” og et ”paradigmeskift” i patienters opfattelse, der betyder, at de ikke mere har den samme ”taknemmelighed” overfor den menneskelige indsats, som sundhedspersonale gør. De ser patienter, der forventer det perfekte (244-245, R). Her vurderer MED-udvalget, at det er vigtigt, at en enhed kan sætte grænser:

REPRÆSENTANT 1: Jeg mener, at den måde vi må håndtere det som organisation på, det er, at vi laver nogle forholdsvist let forståelige retningslinier for de fleste ting. Både fagligt, men måske også i forhold til, hvad man kan forvente at blive tilbudt omkring scanninger og sådan nogle ting. Og at vi så taler med så vidt muligt en tunge. Det er vigtigt for dem, der sidder med patienten, at de ved, at hvis patienten går et andet sted hen, så får de ikke noget andet at vide [...] en væsentlig begrundelse for, at folk måske ikke tør tage et ansvar og tage en beslutning, det er, at man måske kan frygte, at måske hvis de går et skridt længere op og spørger en anden, jamen så får de noget andet at vide (246, R).

MED-udvalget vurderer, at en af de negative konsekvenser kan være, at man glemmer værdien i at vise respekt og anerkendelse, f.eks. i form af ros. Det gælder både i forholdet mellem medarbejdere og mellem ledelse og medarbejdere. Ligesom medarbejderne er de også inde på, at det er vigtigt med en synlig ledelse, så der kan opstå en direkte dialog. Når arbejdspresset og forventninger stiger og ’siver’ ned i organisationen, oplever MED-udvalget, at der kan opstå en ledelsesmæssig kritik, der i daglig tale kan lyde: ”at vi aldrig ser dem” (258, 269, 273, R).

MED-udvalget kan også kende temaet om *den usynlige medarbejder*. De forventer, at der i fremtiden vil være flere, der ”knækker” sammen, fordi der ikke er tid eller overskud til at fornemme dårlig trivsel. Her vurderer MED-udvalget, at det er vigtigt, at medarbejderne får redskaber til at løse konflikter i ”opløbet” (287-289, 328-330, R).

## 8.2 Barrierer og muligheder for en indsats

I dette afsnit skal vi se på de barrierer og muligheder MED-udvalgene oplever i forhold til at arbejde med psykisk arbejdsmiljø.

### 8.2.1 Der er mange opgaver, men hvordan?

MED-udvalget i den funktionsopdelte MED-organisation ser, at der er mange oplagte og nødvendige indsatsområder. Det gælder f.eks. i forhold til struktureringen af arbejdet, det tværfaglige samarbejde, måden man omgås hinanden, og i forhold til at forebygge, at medarbejdere ”knækker” sammen (36-42, R). En barriere er dog, at man ikke ved præcist, hvordan man skal gøre. MED-udvalget ser muligheder i at arbejde med en arbejdsmiljøpolitik, som ”andre steder” og i at få inspiration fra andre (293, R):

REPRÆSENTANT 3: Teoretisk viden er jo aldrig dårlig, men hvis man kan skaffe sig et erfaringsgrundlag. Det kunne f.eks. være nogle andre, der have gjort sig nogle erfaringer [...] og som havde haft nogle problemer, og som havde løst dem på en eller anden måde. Og så få nogle andre til at fortælle om det. Fordi vi famler en lille smule i blinde. Vi ved godt, hvad det er, men vi ved ikke rigtigt, hvad vi skal gøre ved det [...] Det er meget nemt at falde tilbage og blive teknokrat og sige, at det koster så og så mange kroner, men det ved vi godt, at det er ikke lige det, der ligger til højre for tiden. Så hvis der var nogen, der havde løst det på andre måder, så kunne det være interessant (302, R).

Det centrale MED-udvalg i den kombinerede MED-organisation, hvor man desuden har et arbejdsmiljøledelsessystem, oplever ikke, at de famler i blinde. De oplever, at de ved, hvad de vil, og hvordan de skal gøre det:

REPRÆSENTANT 2: Men det at vide, hvilke værdier vi har, og hvad det er for nogle mål, vi arbejder efter, det har jo været guld værd [...] at vi har et fælles mål. Hvad er det, vi vil, og hvordan vil vi gøre det (107, B).

Ligeledes oplever de et overskud til at inspirere, at lade sig inspirere og at indlede konkrete samarbejder med andre sygehuse om konkrete indsatser (94, B).

### **8.2.2 At samle egne fælles erfaringer**

MED-udvalget i den funktionsopdelte MED-organisation har få erfaringer med at tage temaer vedrørende psykisk arbejdsmiljø op på MED-møderne. De vurderer, at MED-udvalget er det sted, hvor man kan opbygge en fælles viden om det psykiske arbejdsmiljø og vurderer, at der er behov for, at man bliver bedre til at bruge MED-møderne til orientere hinanden om, hvad der rører sig i afdelingen og til at få problemstillingerne diskuteret. De ser, at MED-udvalget kan bruges til at "få samlet problematikkerne", og at dets styrke består i, at det er tværfagligt og tværgående hierarkisk set. MED-udvalget vurderer ikke, at de har behov for flere undersøgelser om, hvad problemerne består i. Barrieren består i at få samlet op på de undersøgelser, der bliver lavet og få diskuteret, om og hvordan man skal handle. Noget af det hænger sammen med, at de enkelte MED-udvalgsmedlemmer ikke oplever, at de har tiden til at forberede en mere dybdegående diskussion (12, 22, 64, 305-321, R).

Her kan man sige, at det centrale MED-udvalg CMU i den kombinerede struktur netop har den funktion at formulere fælles politikker, at prioritere, at iværksætte strategier og mål for indsatsen og at fastholde LMU i at få arbejdet med konkrete temaer:

REPRÆSENTANT 1: 1600 mennesker, hvor det er svært at være i direkte kommunikation. Så er det jo nødvendigt med nogle systemer, hvor man står på skuldrene af hinanden (12, B).

Et af de systemer, som fremhæves, er certificeringen, men også trivselsundersøgelsen og andre indsatser vedr. psykisk arbejdsmiljø. CMU'et ser, at en "massiv", bred, men dog fokuseret indsats er med til at gøre de barrierer, der måtte være, mindre, og de ser, at det er sådanne indsatser, de som MED-udvalg kan bidrage med. De kan det, som den enkelte afdelings LMU ikke ser eller kan magte alene men forventer også, at LMU følger indsatserne op (75, B). Her vurderer CMU'et, at det er vigtigt, at der sker et forarbejde, så man ikke "kommer tomhændede og siger nu vil vi lave det". Hensigten er at forme MED-kulturen decentralt (92, B).

### 8.2.3 En MED-kultur

MED-udvalget i den funktionsopdelte MED-organisation vurderer, at kulturen på møderne er præget af, at det, der diskuteres, er ”overordnet for hele afdelingen” f.eks. vedrørende økonomi. De oplever sjældent, at udvalget går i ”detaljer”, og derfor kommer der sjældent orienteringer om, hvordan det f.eks. går i afsnittene (71-74, R):

REPRÆSENTANT 1: Vi forholder os til relativt mange ledelsesspørgsmål. Overordnede spørgsmål for afdelingen hvor vi bliver ligesom taget med på råd, eller hvor vi ligesom, for at vi skal forstå, hvad der foregår på afdelingen, bliver sat ind i tingene. Og det bruger vi, så vidt jeg ved, ret meget tid på. Så den der nedefra, hvad skal man sige, græsrodsbevægelse, man kunne sige, at MED-udvalget kunne være, den har vi ikke (76, R).

MED-udvalget vurderer, at det er vigtigt, at der kommer mere fra B-siden og at få en mere fokuseret mødekultur, så det hele ikke bliver på et ”overordnet strategisk niveau”. De ser et behov for at udvikle en kultur, hvor man kommer ned i ”substansen” og får tid til at diskutere problemstillinger (80, 90, R).

Her kan man sige, at det centrale CMU netop har en funktion i forhold til at formulere temaer vedrørende psykisk arbejdsmiljø og at stille konkrete mål for, hvad diskussionerne skal munde ud i. En CMU’er giver et eksempel:

REPRÆSENTANT 1: Men vores nye strategi er blevet meget mere konkret, fra at vi fandt ud af, hvem vi selv er, hvordan vi tænker, og hvordan vi behandler hinanden, så er vi gået over til at sige, hvilke delmål kan vi så opnå ved, at vi har forstået hinanden bedre [...] Og det er så 4 enkelte punkter [...] effektivitet [...] Human Ressource [...] den kvalitet vi leverer [...] og så er det, hvordan gør vi positivt opmærksomme på os selv. Og der har vi sådan nogle konkrete mål, hvor man på afdelingsniveau leverer til et samlet billede. Det må så gerne vise, at vi er i nærheden af det, vi går og bilder os selv ind (106, B).

### 8.2.4 At fokusere og træffe beslutninger

MED-udvalget i den funktionsopdelte MED-organisation oplever ikke blot, at det er vigtigt, at der er tid til at diskutere temaer mere indgående. Det er også vigtigt, at diskussioner munder ud i beslutninger om handlinger, så der ikke er ”hængepartier, der bare går fra den ene dagsorden til den anden, og som aldrig bliver afsluttet” (94, R).

REPRÆSENTANT 6: Vi er helt klart ikke rigtigt gode til det der møde. Det der med disciplin og med at lave en struktur på vores møder. Vi vil gerne være sammen og snakke (96, R).

Derfor har MED-udvalget talt om at finde ud af, hvordan man kan lave en bedre *mødeledelse*, så diskussionerne bliver fokuserede og rundet af med en beslutning. I den sammenhæng har man talt om *mødernes varighed* og om udformning af *dagsorden* og *referater* ud fra spørgsmålet: Hvad skal de mennesker, der læser det, have ud af det? Det skyldes, at man kan kende problemstillingen om, at medarbejderne ikke ser MED-udvalget som et organ, der er handler. MED-udvalget er dog ikke gået i gang med at finde den mødeform, man vurderer, er hensigtsmæssig (90-106, 132-34, R).

### 8.2.5 At fastholde ansvar

MED-udvalget i den funktionsopdelte MED-organisation oplever, at dannelsen af en MED-kultur er afhængig af, at der rent faktisk handles på beslutningerne. De vurderer

ikke nødvendigvis, at det er MED-udvalget selv, der skal føre beslutninger ud i livet. Uddelegering af beslutninger har dog, ifølge udvalget, den barriere, at det er svært at få planlagt og koordineret arbejdsgruppemøder og at få folk til at møde op (139, 141, R):

REPRÆSENTANT 5: Jamen det handler om disciplin og planlægning. At gruppen sætter sig ned og siger, *det kan godt være, at vi ikke kan mødes i næste uge, men i forhold til vagtplaner må vi kunne mødes i næste måned, og så må vi planlægge nogle møder* (149, R).

Den væsentligste barriere for at handle og følge op på beslutninger er, at der er travlt og møder trækker tid fra produktionen. I forvejen oplever MED-udvalget, at der er en generel oplevelse af, at ”vi møder os ihjel” (152-163, R).

REPRÆSENTANT 1: Jeg ser ikke de her mange møder og administrative ting som en ren fordel. Altså, jeg mener, det går ud over vores tid med patienterne.

REPRÆSENTANT 3: Så vi laver også sådan en lille selvskabt forringelse af vores arbejdsmiljø ved at *yes, det skal vi også lave*. Der burde vi være meget bedre til at sige, *nu stopper festen. Nu skal vi altså lige arbejde lidt*. Men det er jo svært (157, R).

Dilemmaet er, at jo sværere det er at afsætte tid til møder, jo sværere bliver det at holde en god mødedisciplin. Jo sværere bliver det også at legitimere møderne. F.eks. betyder det, at MED-udvalgsmøderne bliver lavt prioriteret af lægerne:

REPRÆSENTANT 6: Fra lægesiden, der mangler det rigtigt meget [...] De kommer enten for sent eller ikke.

REPRÆSENTANT 3: Eller 5 minutter efter at mødet er startet, så ringer deres...

REPRÆSENTANT 1: De sidder med hyleren på, personsøgeren (167-169, R).

## 8.2.6 At opnå legitimitet og anerkendelse

MED-udvalget på GYN-OBS vurderer, at det er vigtigt, at man får retfærdiggjort sin eksistens ved at synliggøre det arbejde, man laver. De ser en barriere i, at medarbejderne har for travlt til at forholde sig til MED-udvalgsarbejdet:

REPRÆSENTANT 1: Jeg kan godt få det der lille: *Skal du nu af sted igen?* [til MED-møde]. Vi skal retfærdiggøre vores eksistens overfor dem, vi repræsenterer.

REPRÆSENTANT 5: Så de synes, at det er noget godt, vi går til. *Gør nu noget ved sagen*.

REPRÆSENTANT 3: Jamen, hvordan kommer vi ud med det? [...] du kan gøre alt mellem himmel og jord. Du kan sende det på mail, pr post [...] spørger du dem 14 dage efter: *Det har de aldrig set noget om*. Så den der kommunikationsdel, den er rigtig, rigtig svær. Hvordan får du det ud? Hvordan får du skabt opmærksomhed og nysgerrighed om det? Og der er altså nogle, der står af på information.

REPRÆSENTANT 1: Det er ens naturlige stressfilter [...] så prøver man at sortere lidt med grovfilteret [...] så ryger der noget igennem grovfilteret (172-183, R).

Ligesådan oplever MED-udvalgsmedlemmerne, at de selv har for travlt til at iværksætte indsatser, hvilket følgende dialog illustrerer:

REPRÆSENTANT 1: Men det er vel ikke MED-udvalget, der prøver at gå ind og tage ansvar der, vel? [i forhold til arbejdsgange]

REPRÆSENTANT 5: Jamen vi kan jo påpege problematikkerne [...]

REPRÆSENTANT 2: Jamen, der er det så igen det med A og B-siden, hvor jeg så tænker, hvordan skal jeg, som så er på B-siden, hvordan skal jeg nogen sinde nå det?

REPRÆSENTANT 5: Jamen, det man kunne sige, MED-udvalget kunne bidrage med [...] altså lige præcis at sige: *Hallo det fungerer altså ikke. Hallo det fungerer stadig ikke.* Så må det blive rollen, og så må det bliver løst på det plan. Man kan måske ikke komme med konkrete forslag (226-233, R).

Samtidig vurderer man, at det er det, der mangler: at nogen kommer med forslag til indsatser, som kan gennemføres i det enkelte afsnit (246-256, R).

Den begrænsede legitimitet betyder, at MED-udvalgsmedlemmerne også oplever, at de ikke altid får anerkendelse for det arbejde, de gør:

REPRÆSENTANT 5: Jeg har også lyst til at sige, blandt andet med ros, at når vi sidder i MED-udvalget, og det kan godt lyde som om, jeg selv hungrer efter at få ros, men tit sikkerhedsrepræsentanterne, de får ros hver gang, at de gør et kæmpe godt stykke arbejde. Og det gør de også, men vi andre, vi får ikke ros [...] og man kan da godt nogle gange mangle selv at få tanket sine egne batterier op (279-283, R).

Man kan sige, at jo mindre legitimitet, man oplever man har, des mindre overskud har man også til at gøre noget for at sikre denne legitimitet. I den forstand kan man tale om en negativ spiral, hvor der er risiko for at MED-udvalgsmedlemmerne ikke oplever det som frugtbart eller givende at deltage i MED-udvalgsarbejdet.

I det centrale MED-udvalg CMU ser man sig i høj grad som garanter for, at der er legitimitet omkring arbejdet i LMU og forventer samtidig, at medarbejderne selv bidrager ved at tage et lokalt ansvar enten i LMU eller blot i det daglige:

REPRÆSENTANT 1: [Det handler] ikke nødvendigvis [om at skrive] lange sider til LMU, men at man bidrager aktivt med sin, *hvad kan vi så gøre?* For det handler om at have en kultur, hvor man ikke sætter sig hen i et hjørne og siger, *det er de andres problem*, men *jeg vil også godt bidrage med noget positivt* (15, B).

I CMU har man haft erfaring med en manglende legitimitet hos sikkerhedsrepræsentanterne. Her bad man sikkerhedsorganisationen om at komme med en løsning:

REPRÆSENTANT 1: Da vi blev MED, der gik der jo noget tid, og så kunne vi se på sikkerhedsfolkene, at de sagde nærmest, *vi keder os, når vi er sammen* [...] og så sagde vi: *Hvad skal der så til, for at I ikke keder jer?* Og det gjorde jo, at vi fik boosted vores sikkerhedsorganisation op og fik decentraliseret, så de nu er mere aktive (73, B).

Løsningen var her en direkte dialog om forventninger til MED-udvalgs møderne, at man selv formulerede sin egen 'dagsorden', og således forpligtede sig til at være aktive.

## 8.3 Indsatsen overfor MED-udvalg

Vi vil nu forsøge at anvende MED-udvalgenes oplevelser til mere præcist at identificere barrierer og muligheder for at styrke opmærksomheden, engagementet og prioriteringen af arbejdsmiljøet i den daglige praksis. Endelig vil vi forsøge at opstille anbefalinger for BARSoSus indsats overfor denne målgruppe.

### 8.3.1 Om temaer i psykisk arbejdsmiljø

Begge MED-udvalg kan kende medarbejdernes oplevelser af, hvad der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø. De kan kende temaerne om den fleksible planlægning, den faglige forandring og de konsekvenser det har for kulturen på arbejdspladsen, og deres oplevelser understøtter på mange måder de oplevelser, som øvrige aktører har. Hvor MED-udvalget i den kombinerede struktur oplever, at der er en kultur på arbejdspladsen, der giver rum for et godt psykisk arbejdsmiljø, der både tilgodeser arbejdspladsens og den enkeltes behov, ser MED-udvalget i den kombinerede MED-struktur udbredelsen af en stresskultur, man som arbejdsplads selv er med til at forstærke i en art negativ spiral. De ser i højere grad en risiko for, at medarbejdere ”knækker”. Det er også kendetegnende, at MED-udvalgene har forskellige oplevelser af deres handlemuligheder i forhold til at gøre en indsats for det psykiske arbejdsmiljø.

### 8.3.1 Barrierer og muligheder for en indsats

MED-udvalget i den funktionsopdelte struktur ser et behov for, at man i højere grad oparbejder den funktion, man kunne have: nemlig at være et organ, der er i stand til at samle erfaringer vedrørende psykisk arbejdsmiljø, at skabe rammer for arbejdet med psykisk arbejdsmiljø, og være igangsættende for indsatser. En barriere herfor er, at man ikke ved, hvordan det kan gribes an. En anden barriere er, at man oplever det som svært at få de dybdegående diskussioner om psykisk arbejdsmiljø, der skal til for at få denne funktion og ikke er i stand til at træffe beslutninger om en given indsats. MED-møderne er præget af ledelsesmæssige og driftsmæssige temaer og har en mere orienterende og formidlende karakter. En konsekvens heraf er, at MED-udvalgsmøderne til tider har en mangel på legitimitet og anerkendelse fra medarbejdere såvel som deltagere i MED-udvalget. Møderne kan opfattes som spild af tid, og står i skarp konkurrence til prioriteringen af de daglige arbejdsopgaver. Nogle medlemmerne udebliver ofte, og MED-udvalgsmøderne ses som noget, der indgår i den samlede puljer af møder, hvor man til tider oplever, at man ”møder sig ihjel”.

For MED-udvalgene i den kombinerede struktur er det anderledes. Sikkerhedsrepræsentanterne, der deltager i LMU, giver udtryk for, at dette MED-udvalg er et godt organ, der bidrager til, at erfaringer samles, at det psykiske arbejdsmiljø diskuteres, at retningslinier for indsatsen udstikkes, og at indsatser følges op. Samspillet mellem LMU og CMU består i, at CMU udarbejder og udstikker de overordnede retningslinier for indsatsen og aktivt anvender LMU til at sikre indsatsens lokale forankring. CMU bidrager således med det arbejde, som det enkelte LMU ikke, qua dets lokale status, kan gøre. Der er således indlagt en arbejdsdeling mellem de to MED-udvalg, der ifølge CMU’et overvejende fungerer godt, selvom der er forskel på, hvor aktive LMU’erne er.

Man kan ikke i udgangspunktet sige hvilken af de to strukturer, der er bedst, men man kan sige, at den funktionsopdelte struktur fordrer, at der i amtsligt regi er et fælles MED-udvalg, der har en sådan indsigt og gennemslagskraft, at det er i stand til at udfylde den funktion og rolle, som CMU’et har. Dvs. at man *på tværs* af sygehuse i et amt har et organ, der er i stand til at opstille forventninger til en indsats på lokalt niveau. Hvis ikke det er tilfældet, er der risiko for, at de enkelte MED-udvalg oplever sig som isolerede øer. De kan opleve sig som organer, der ikke er generelle politiske eller ledelsesmæssige forventninger til, og som derfor heller ikke kan anvende disse forventninger

til at opbygge en intern forventningsstruktur og legitimitet i forhold til, hvilken funktion man har. Når MED-udvalget i GYN-OBS giver udtryk for, at de gerne vil arbejde med arbejdsmiljøpolitik, men ikke ved hvordan, kan det være et eksempel på dette. Og det er måske også netop derfor, at CMU'et taler om, at det er vigtigt, at man forbereder en given indsats og ikke kommer "tomhændede", hvis man ønsker at skabe lokal opmærksomhed, engagement og prioritering af indsatsen. Risikoen består som vist også i, at en manglende mulighed for at se sin egen indsats i en bredere politisk, ledelsesmæssig og driftsmæssig sammenhæng kan bevirke, at udvalget kan opleve og i praksis kan miste lokal legitimitet, hvilket f.eks. udeblivelse fra møder er et eksempel på.

### 8.3.2 BARSoSu indsats

Med udgangspunkt i det foregående vil vi forsøge at give nogle anbefalinger i forhold til BARSoSus indsats for at understøtte MED-udvalgs opmærksomhed, engagement og prioritering af arbejdet med at forbedre det psykiske arbejdsmiljø. Det anbefales:

- At BARSoSus i deres indsats overfor MED-udvalg er opmærksom på, at MED-udvalgenes behov varierer, og at dette afhænger af, hvor veletablerede de er. MED-udvalg som oplever uklarhed omkring deres funktion, finder det svært at handle hensigtsmæssigt og har sparsomme erfaringer med at arbejde med psykisk arbejdsmiljø, har både behov for støtte til at konstituere sig som MED-udvalg og for at få hjælp til, at en sådan proces kan ske via den aktive gennemførelse og opfølgning af konkrete indsatser overfor arbejdsmiljøet. MED-udvalg, som oplever en klarhed omkring deres funktion, ser sig i stand til at handle hensigtsmæssigt og har erfaringer med at arbejde med psykisk arbejdsmiljø, har måske i mindre grad behov for hjælp til at konstituere sig og mere behov for hjælp til at udvikle konkrete metoder, der kan indgå i indsatsen. Dette kan f.eks. være metoder, der sigter på at kortlægge det psykiske arbejdsmiljø og at videreuddanne ledere og medarbejdere i psykisk arbejdsmiljø.
- At BARSoSus indsats for at styrke MED-udvalgenes funktion i forhold til arbejdsmiljøarbejdet følger tre indbyrdes forbundne spor. *Det ene spor* sigter på at tydeliggøre MED-udvalgenes funktion, opgaver og mulige arbejdsmetoder i forhold til at arbejde med (psykisk)arbejdsmiljø. *Det andet spor* sigter på at tydeliggøre udvalgenes funktion, opgaver og arbejdsmetoder ved at styrke iværksættelsen af *konkrete projekter*, der involverer flere aktører. Antagelsen er her, at gennemførelsen af praktiske projekter og løsning af konkrete arbejdsopgaver igangsætter en proces, hvor MED-udvalgene i højere grad opnår *erfaringer* med den koordinerende funktion, de kan varetage, hvilke arbejdsmetoder de finder bedst, og hvordan det psykiske arbejdsmiljø er på deres arbejdsplads. Samtidig kan konkrete projekter bidrage til at tydeliggøre MED-udvalget i organisationen, for så vidt projekterne tager udgangspunkt i det, som medarbejderne oplever som relevant for det psykiske arbejdsmiljø. *Det tredje spor* sigter på at styrke MED-udvalgenes viden om, hvad der kendetegner psykisk arbejdsmiljø, og om hvordan man kan handle i forhold til at forbedre det. Dette er en forudsætning for, at man er i stand til at prioritere og målrette indsatser.
- At BARSoSu tilbyder produkter, der kan anvendes til at igangsætte en dialogbaseret proces blandt MED-udvalgsmedlemmer, hvor organiseringen af arbejdet sættes på dagsordenen. Disse produkter kan f.eks. fokusere på udvalgets funktion, arbejdsop-



gaver, ansvarsfordeling og samarbejde med andre aktører. Der bør her gøres en særlig indsats for at styrke bevidstheden om, hvordan MED-udvalg kan fungere som både inspirator og støtte for øvrige aktører - her i særlig grad sikkerheds- og tillidsrepræsentanter og lederne.

- At BARSoSu igangsætter konkrete forsøgsprojekter vedrørende psykisk arbejdsmiljø, der udspringer fra MED-udvalg, men involverer flere aktører og forankres i organisationen som helhed. Projekterne bør følges op af evalueringer af, hvilke erfaringer MED-udvalg har med at gennemføre konkrete tiltag vedrørende psykisk arbejdsmiljø, og i hvilket omfang det har bidraget til at styrke bevidstheden omkring disse aktørers funktion og rolle.
- At BARSoSus om et led i at styrke MED-udvalg tilbyder enkeltprodukter, der direkte understøtter igangsættelsen af konkrete tiltag for at styrke et godt psykisk arbejdsmiljø. Dette kan være værktøjskasserne, der på den ene side sigter på at gennemføre konkrete indsatser, på den anden side sigter på at styrke udvalgenes evne til at prioritere, forberede, iværksætte, forankre og følge op på indsatser lokalt blandt medarbejderne.
- At BARSoSu tilbyder produkter, der bidrager til at styrke MED-udvalgs viden om psykisk arbejdsmiljø med et særligt fokus på at gøre MED-udvalg bedre til at prioritere og planlægge indsatser. Der bør lægges vægt konkrete metoder samt andres erfaringer med gennemførelsen af projekter.
- At BARSoSu tilbyder produkter, der bidrager til dialog, sparring og netværk omkring arbejdet med psykisk arbejdsmiljø. Disse bør tage udgangspunkt i formidling af positive erfaringer med projekter om psykisk arbejdsmiljø og sigte på opbygning af samarbejdsrelationer. Dette kan f.eks. være konferencer, seminarer, studieture m.m.

# Appendiks 1: Interviewguide

Interviewguiderne er udformet, så de imødekommer evalueringsspørgsmålet. Evalueringen drejer sig om at få viden om, hvad der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø og hvilke barrierer og muligheder, der er for at øge opmærksomheden, engagementet og prioriteringen af arbejdet med at forbedre psykisk arbejdsmiljø. I denne evaluering er der desuden forudsat en processuel udvikling af interviewguides, hvor der på hvert trin udvikles en ny interviewguide ud fra de temaer, evaluator udleder på tidligere trin. Hensigten med dette er at opnå et grundlag for analytisk generalisering i besvarelsen af evalueringsspørgsmålene.

Hver interviewguide har form af en spørgeramme, der er tematisk struktureret, men ovenstående betyder, at de forskellige interviewguider ikke er fuldkommen ens. Der kan forekomme variationer mellem de perspektiver, som aktører på et sygehus fremlægger og de perspektiver, som fremlægges på et andet sygehus. Det betyder, at temaerne ikke behøver at være ens. Det der bidrager til at strukturerer interviewguiderne er evalueringsspørgsmålene. Guiderne er desuden struktureret langs tre dimensioner. Den første dimension går fra det *generelle* til det mere *specifikke*. F.eks. spørges der både og i reglen først til deltagerens generelle oplevelser af, hvad der har betydning for det psykiske arbejdsmiljø og senere til konkrete eksempler herpå. Den anden dimension går fra deltagerens *oplevelser, erfaringer og holdninger* til et mere *generelt forklaringsniveau*, hvor deltagerne f.eks. bedes reflektere over mulige årsager til de barrierer og muligheder, der kan være i arbejdet med psykisk arbejdsmiljø. Der spørges i almindelighed ind til eksempler, der kan konkretisere processer og handlinger i den sociale praksis. Den tredje og sidste dimension går fra *konkrete* til *ønskværdige indsatser* i arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø. Til sammen bevirker de tre dimensioner, at der i det enkelte gruppeinterview sker en fokusering i hht. evalueringsspørgsmålene.

I det følgende vises eksempler på to interviewguides anvendt på hhv. trin 1 (Medarbejdere) og trin 4 (MED-udvalg). Eksemplerne illustrerer ovenstående overvejelser og i særlig grad den progression, som er sket fra begyndelsen til slutningen af evalueringen.

Interviewguide Trin 1 Medarbejdere	
Tema 1: Forhold, der har betydning for psykisk arbejdsmiljø	Hvad forbinder I med psykisk arbejdsmiljø? Hvilke forhold oplever I som særligt vigtige eller betydningsfulde for det psykiske arbejdsmiljø? Kan I give eksempler på, hvordan disse forhold kommer til udtryk? Har I erfaringer med at arbejde med disse forhold?
Tema 2: Barrierer og muligheder i forhold til at skabe opmærksomhed, engagement og prioritering af arbejdet med psykisk arbejdsmiljø i det daglige arbejde	Ud fra jeres erfaring, hvilke barrierer og mulighed oplever I, der er for at <ul style="list-style-type: none"><li>• Være opmærksom på psykisk arbejdsmiljø</li><li>• Være engageret i at arbejde med psykisk arbejdsmiljø</li><li>• Prioriterer det i det daglige arbejde</li></ul> Kan I give eksempler på, hvordan barrierer og muligheder kommer til udtryk? (Hændelser og begivenheder, hvis... så)  Oplevelse af forskellige aktører i arbejdsmiljøarbejdet, samt barrierer og muligheder for brug af

Tema 3: Behov og ønsker i forhold til BARSoSus indsats	aktører Hvilke behov og ønsker har I i forhold til en indsats for at forbedre det psykiske arbejdsmiljø? Hvilke indsatser er der brug for? Hvordan kan en indsats understøttes af BARSoSu? Hvilke redskaber har I brug for/ville være gode?
---	---

Interviewguide Trin 4 MED-udvalg (Blåkilde Sygehus)		
Temaer	Spørgeguide	Noter i hht. øvrige trin
<b>Intro:</b> <b>Om MED-udvalgets rolle i forhold til andre aktører</b>	MED-udvalgets syn på egen rolle i forhold til andre aktører i arbejdet med psykisk arbejdsmiljø  Barrierer og muligheder for CMU i forhold til at styrke indsatsen/samarbejdet mellem aktører	Hvem gør hvad, Sikkerhedsrepræsentanter (fysisk arbejdsmiljø), Tillidsrepræsentanter (psykisk arbejdsmiljø), LMU som vigtig aktør, Leder hhv. medarbejdersiden, Barrierer: ressourcer og viden.
Der lægges op til diskussion af 1) temaer, 2) barrierer og muligheder for CMU i forhold til at arbejde med temaer, 3) MED-udvalgs behov og ønsker i forhold til at kunne styrke indsatsen (BARSoSu)		
<b>Tema (overordnet)</b>	<b>At have det godt med at gå på arbejde og med at gå hjem</b> To dimensioner: meningsfyldt arbejde og at have det godt med kolleger Praksis: At kunne gøre sit arbejde godt og at kunne sammen Arbejdspres: Når det meningsfyldte i arbejdet står i modsætning til det, der kan realiseres i praksis	
<b>Tema 1</b> <b>Fleksibel planlægning</b>	<b>Mulige indsatser:</b> Strukturerings og fordeling af arbejde, Socialt liv (personligt kendskab)  <b>Barrierer og muligheder for CMU i forhold til indsats Behov og ønsker (BARSoSu)</b>	Travlheden: udfordring, medbestemmelse og ikke kun dårligt (forskelle fag og afsnit), At kunne nå sit arbejde (arbejdsliv og privatliv), At vide, hvor man har hinanden (at sige fra og til, magte det), Tryghed, at turde vise, hvem man er
<b>Tema 2</b> <b>Faglig omstilling og stabilitet i forandringer</b>	<b>Mulige indsatser:</b> Personaleudviklingskurser, (tvær)faglige læringsmiljøer, supervision og vejledning, læring på jobbet, konkrete værktøjer (feedback), kompetenceprofiler og specialisering <b>Barrierer og muligheder for CMU i forhold til indsats Behov og ønsker (BARSoSu)</b>	At give god service, forandringer i patienter og deres forventninger (krav om nye kompetencer, tvivl og risiko), forandringer i organisationen: der er mange meninger om alt, færre entydige svar, beslutninger (regelstyret/individuel), at arbejde med og udvikle forskellige kompetencer, tillid, anerkendelse
<b>Tema 3</b> <b>Lederen som stabil forandringsagent</b>	<b>Mulige indsatser</b> Ledernetværk, erfaring, holdninger og redskaber, teori/praksis <b>Barrierer og muligheder for CMU i forhold til indsats Behov og ønsker (BARSoSu)</b>	Skabe tid og faglig udvikling, Autoritet og ligeværd, beslutte og uddelegere, forandring og stabilitet, Anerkendelse og loyalitet, Respekt og fortrolighed, Handlekompetence
<b>Tema 4</b> <b>Den usynlige medarbejder</b>	<b>Mulige indsatser</b> Undersøgelser, undervisning, medarbejderudviklingssamtaler, omsorgssamtaler, værdier, holdninger, synliggøre forventninger, ressourcer og redskaber til forebyggelse, faresignaler <b>Barrierer og muligheder for CMU i forhold til indsats Behov og ønsker (BARSoSu)</b>	Tryghed, tillid og utryghed, mistillid, Rummelighed og krav om effektivitet m.m., "goodwillkontoen", Forebygge og at kunne handle akut.

## Appendiks 2: Refleksioner over evalueringsmetoden

Evalueringsdesignet er baseret på BIKVA-modellen, der forudsætter inddragelse af brugere i evalueringsprocessen. Evalueringen baserer sig på kvalitative gruppeinterviews. I det følgende vil vi skitserer de væsentligste barrierer og muligheder, der er forbundet med at gennemføre en evaluering af BARSoSus indsatser på dette grundlag.

Den væsentligste barriere er, at evalueringsdesignet og metoden forudsætter, at de aktører, der inddrages, er villige til at prioritere deltagelse i et evalueringsforløb og har det engagement, der skal til, for at de gruppeinterviews, der skal gennemføres, bliver velegnede. Det er vores erfaring, at det at finde sygehuse, afdelinger og diverse aktører, der har tid og lyst til at deltage i evalueringen, kræver tid og et grundigt forarbejde. Inden evalueringen kunne gennemføres, havde vi kontakt til centrale personer i arbejdsmiljøarbejdet i 7 amter. De eller vi tog telefonisk kontakt suppleret med e-mails til centrale personer i arbejdsmiljøarbejdet på amtets sygehuse. Vi fik telefonisk kontakt med i alt 12 sygehuse og 10 afdelinger i 5 amter. I alle tilfælde involverede kontakten mundtlig præsentation af evalueringen, udlevering af evalueringsmateriale og opfølgning.

Processen har givet os den erfaring, at et grundigt forarbejde ikke altid er tilstrækkeligt. Meget afhænger af, hvordan aktører på et givet felt oplever de ressourcer, de har. Når sygehuse og afdelinger ikke ønskede at deltage, var begrundelsen, at de ikke havde tid. Selvom ingen sygehuse gav direkte udtryk for det, har det formodentlig spillet en rolle, at evalueringen sigter på at udvikle BARSoSus indsatser, hvorimod gevinsten for det enkelte sygehus, den enkelte afdeling og aktør kun var en mulig afledt effekt. Dette skal ikke mindst ses i lyset af de resultater, som evalueringen selv præsenterer. Tid er en væsentlig faktor i forhold til at skabe opmærksomhed, engagement og en prioritering af psykisk arbejdsmiljø, og det har stor betydning, at de projekter, der sættes i værk på en arbejdsplads, relaterer sig til og har som formål at forandre den daglige praksis.

Processen har imidlertid også givet os den erfaring, at et grundigt forarbejde kan bevirke, at de sygehuse, der deltager, har en klar forståelse af, hvad evalueringen går ud på, og engageret bidrager til evalueringens gennemførelse. To faktorer spiller en rolle i forhold til at opnå et sådant engagement. Motivation øges, hvis deltagerne 1) kan se muligheder for positive synergieffekter af evalueringen på den konkrete arbejdsplads, eller 2) har en forventning om, at evalueringen kan bruges til at synliggøre arbejdspladsen og/eller ser, at der er et formål i at dele erfaringer med andre om psykisk arbejdsmiljø.

Det anbefales, at BARSoSu i forbindelse med lignende evalueringsindsatser:

- Sikrer tilstrækkelig tid og ressourcer til at hverve deltagere
- Afsætter tid til at udforme en strategi for, hvordan man vil motivere aktører til at deltage. En sådan strategi bør tage udgangspunkt i, at motivation øges, hvis deltagerne kan se muligheder for synergieffekter på den konkrete arbejdsplads og/eller kan se, at deres erfaringer kan blive synliggjort og komme andre til gode.

- At der fastlægges konkrete tiltag, der sikrer en opfølgning og spredning af evalueringens resultater både overfor de konkrete aktører og andre aktører på feltet, således at aktører oplever, de får en konkret 'belønning' for deres indsats.

Overkommes ovenstående barriere rummer evalueringsdesignet og metoden flere indbyggede fordele og muligheder. Evalueringsdesignet og metoden lægger op til evaluering tæt på praksis og i dialog med og mellem aktører. Dette kan *for det første* virke motiverende for deltagelse og engagement i evalueringsprocessen. *For det andet* bidrager det til, at den viden, der opnås, baserer sig på, hvad potentielle brugere af BARSoSus produkter oplever som vigtigt for det psykiske arbejdsmiljø såvel som for indsatsen for at forbedre det i den daglige praksis. Dette er strategisk set vigtigt, når viden skal anvendes som et grundlag for udvikling af BARSoSus fremtidige indsatser. Optimalt set kan det også bidrage til at synliggøre BARSoSus evalueringsindsatser som nogle, der kan bruges af aktører i deres daglige praksis. Et eksempel herpå er, når en medarbejder reflekterer over den dialog, som gruppeinterviewet muliggør og finder inspiration til, hvordan man på afdelingen selv kan igangsætte processer, der bidrager til at skabe opmærksomhed, engagement og en prioritering af arbejdet med psykisk arbejdsmiljø:

SYGEPLEJERSKE 2: Men måske skulle man have nogle hele dage, hvor det var hele afdelingen, der snakkede om det her [psykisk arbejdsmiljø]. Og diskuterede det, sådan som man har gjort det i dag. Jeg synes da, at der er kommet mange ting frem i dag (356, R).

# Referencer

- Agervold, M. (1999): *Arbejde og Stress. En introduktion til arbejdsmiljøpsykologi*. Systime.
- Arbejdsmiljøsekretariatet (2003): *Hovedrapport. Evaluering af fire indsatser*. Branche- arbejdsmarkedsrådene Social & Sundhed, Undervisning & Forskning samt Finans/Offentlig Kontor & Administration. Nordisk Kommunikation
- Arbejdsmiljøsekretariatet (2003a): *Devaluering. "Ren og smertefri rengøring"*, Nordisk Kommunikation og Branchearbejdsmiljørådet Social & Sundhed
- Arbejdsmiljøsekretariatet (2003b): *Devaluering. "Støj i daginstitutioner"*, Nordisk Kommunikation og Branchearbejdsmiljørådet Social & Sundhed.
- BARSoSu (2004): *"Evaluering 2004 – brugerundersøgelse"* projektnr. 7-006-2004
- BARSoSu (xxxx): *Evaluering af materialer om forflytning – guides og elektroniske branchevejledninger*. Institut for Serviceudvikling A/S.
- Bakka, J.F. & E. Fivelsdal (2000): *Organisationsteori. Struktur, kultur og processer*. Handelshøjskolens Forlag.
- Dencker, K. (1996): *Psykisk arbejdsmiljø på sygehusene. Lederens rolle i det psykiske arbejdsmiljø*. Arbejdsmiljøfondet
- Graversgaard J. (1992): *Psykisk arbejdsmiljø. En brugervejledning*. Frydenlund Arbejdsmarked.
- Graversgaard, J (1994): *Udbrændthed. Bryd den onde cirkel!* Frydenlund.
- Hasle, P., J.V. Petersen & I. Wiegman (2003): "Partsftalers rolle i regulering af arbejdsmiljøet". I *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 5 årg. nr. 2, juni 2003, p. 27-42.
- Jørgensen, P. & K. E. Sønderkov (1996): *Arbejdspsykologi I*. Forlaget Mercio.
- Krogstrup, H. K. (1997): *Brugerinddragelse og Organisatorisk Læring i Den Sociale Sektor*. Systime.
- Krogstrup, H. K. (2003): *Evalueringsmodeller*. Systime Academic.
- Krogstrup, H. K (2003): *Nye Veje i Evaluering*. Systime Academic.
- Kvale, S. (1997): *Interview: en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*
- Lennér-Axelsson, B & I. Thylefors (1993): *Arbejdsgruppens psykologi – om det psykosociale arbejdsmiljø*. Hans Reitzels Forlag.
- Limborg, H. J (2003): "Risiko og forebyggelse i 'det nye arbejdsliv' set i et arbejdsmiljøperspektiv". I *Tidsskrift for Arbejdsliv*. 5 årg.nr. 3. september 2003.
- MED-håndbogen (2003). 3. udgave.
- Metze, E & PC Jensen (2000): "Fra offerttænkning til ressource og helhedssyn. Erfaringer fra undersøgelser af det psykiske arbejdsmiljø på danske sygehuse". I *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen* 76. årg. nr. 8. oktober 2000, p.267-270.
- Navrbjerg, S.E. & Madsen, J.S. (2004): *Mellem medindflydelse og medbestemmelse. En tværgående analyse af samarbejdet i kommunerne i Danmark*. Hovedrapport i projekt MED-evaluering. FAOS. Juni 2004.
- Olsen, H. (2002): *Kvalitative kvaler. Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet*. Akademisk Forlag
- Paludan-Müller, L (2004): *Arbejds-, organisations- og ledelsespsykologi*. Frydenlund.
- Rieper, O. (1993): *Gruppeinterview i praksis – brug af fokusgruppeinterview i evalueringsforskning*. AKF Forlaget
- Sønderriis, E (1996): *Arbejdsmiljø og økonomi på sygehusene*. Arbejdsmiljøfondet.